



دانشگاه علوم پزشکی و
خدمات بهداشتی درمانی استان اردبیل

عنوان طرح :

بررسی رابطه بین نیمرخ روانی و ویژگی های
شخصیتی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی

مجری اصلی طرح:

دکتر پرویز فرجی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

همکاران طرح:

رباب فرجی، مدیریت آموزش و پرورش ناحیه یک اردبیل

دکتر رضا کاظمی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل

سونیا دیده روشنی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

سپاس و تقدیر

حمد و سپاس خالق یکتا را که ذوق و توانایی تحصیل علم را در وجودم نهاد. درود بی پایان بر رسول گرامی اسلام حضرت محمد مصطفی (ص) و ائمه اطهار (ع) که سراسر عمر و مساعی خویش را در جهت تعلیم و ارشاد جوامع مصروف داشتند و سلام بر روح پرفتوح خمینی کبیر و روان پاک شهدای اسلام از صدر تا حال. حال که با الطاف بی نهایت الهی مراحل کار این پژوهش به اتمام رسیده است بر خود واجب می دانم که

از:

معاون محترم آموزشی و پژوهشی دانشگاه جناب آقای دکتر میرزا رحیمی

مدیر محترم پژوهشی دانشگاه جناب آقای دکتر هادی پیری

همکاران محترم طرح و سرکار خانم دکتر فریبا صادقی موحد

داورهای محترم طرح جناب آقای دکتر مولوی و دکتر صمدزاده

بیماران عزیز شرکت کننده در پژوهش

که در مراحل اجرای طرح از همکاری های صمیمانه شان برخوردار بودم، تشکر نمایم.

چکیده:

هدف: این بررسی، با هدف بررسی رابطه بین نیمرخ روانی و ویژگی های شخصیتی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی در بیماران وسواسی انجام شده است.

روش: نمونه پژوهش شامل ۵۰ بیمار مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی بود که به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. شرکت کننده ها پرسشنامه وسواس فکری - عملی مادسلی (MOCI) و پرسشنامه تجدید نظر شده شخصیتی (NEO-PI-R) و چک لیست نشانگان روانی (SCL-90-R) را تکمیل نمودند. روش مطالعه از نوع همبستگی بوده و برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از روش ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که بین ویژگی شخصیتی روانجورخویی با هر ۹ بعد اختلالات روانی رابطه مثبت و معنی دار در سطح ($p < 0.05$) وجود دارد. همچنین بین ویژگی شخصیت روان رنجوری و وسواس شستشو، واری و تردید در بیماران مبتلا به وسواس رابطه معنادار مثبت در سطح ($p < 0.05$) وجود دارد. همچنین بین ویژگی شخصیتی با وجدان بودن و خوشه های وسواس شستشو و واری در بیماران مبتلا به وسواس رابطه معنادار منفی وجود دارد.

نتیجه گیری: این مطالعه نشان داد که بین آسیب شناسی روانی اختلال وسواس فکری - عملی و ویژگی های شخصیتی روان رنجور خویی و با وجدان بودن رابطه وجود دارد. در نتیجه بررسی متقابل شخصیت و علائم وسواس ممکن است به اصلاح درمان های روانشناختی که سودمندی کمی نشان می دهند، کمک کند.

کلید واژه ها: اختلال وسواس فکری - عملی، ویژگی های شخصیتی، نیمرخ روانی

فهرست مطالب

| عنوان | شماره صفحه |
|--|------------|
| فصل اول کلیات تحقیق | |
| مقدمه..... | ۱ |
| بیان مساله..... | ۴ |
| تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها..... | ۸ |
| اهداف پژوهش..... | ۱۴ |
| فرضیه های پژوهش..... | ۱۵ |
| سوال های پژوهش..... | ۱۵ |
| فصل دوم مبانی نظری و پیشینه تحقیق | |
| تعریف اختلال وسواس فکری - عملی..... | ۱۷ |
| الگوهای علائم وسواس فکری - عملی..... | ۲۰ |
| همه گیر شناسی..... | ۲۷ |
| هم ابتلایی..... | ۲۸ |
| سبب شناسی اختلال وسواس فکری - عملی..... | ۲۸ |
| عوامل زیست شناختی..... | ۲۹ |
| عوامل رفتاری..... | ۳۰ |
| عوامل روانی - اجتماعی..... | ۳۱ |
| مدل های مفهومی اختلال وسواس فکری - عملی..... | ۳۲ |
| مدل رفتاری وسواس..... | ۳۴ |
| درمان های اختلال وسواس فکری - عملی..... | ۴۱ |
| شخصیت..... | ۴۴ |
| دیدگاههایی درباره شخصیت..... | ۴۵ |
| طبقه بندی شخصیت..... | ۴۸ |
| مدل پنج عاملی شخصیت..... | ۵۱ |

| | |
|-------------------------|----|
| اختلالات روانی..... | ۵۴ |
| اختلال شبه جسمی..... | ۵۴ |
| اختلال جسمانی کردن..... | ۵۶ |
| روابط میان فردی..... | ۶۰ |
| فوبی..... | ۶۴ |
| پر خاشگیری..... | ۷۰ |
| افسردگی..... | ۷۸ |
| اختلالات اضطرابی..... | ۸۴ |
| روانپریشی..... | ۸۸ |
| مطالعات جهان..... | ۸۹ |
| مطالعات ایران..... | ۹۱ |

فصل سوم روش تحقیق

| | |
|---------------------------------|----|
| نوع پژوهش..... | ۹۴ |
| جمعیت مورد مطالعه..... | ۹۴ |
| حجم نمونه و روش نمونه گیری..... | ۹۴ |
| روش گردآوری اطلاعات..... | ۹۴ |
| پرسشنامه ویژگیهای فردی..... | ۹۵ |
| پرسشنامه NEO-PI-R..... | ۹۵ |
| پرسشنامه SCI-90-R..... | ۹۷ |
| پرسشنامه وسواس مادسلی..... | ۹۸ |
| روش تجزیه و تحلیل داده ها..... | ۹۹ |
| ملاحظات اخلاقی..... | ۹۹ |

فصل چهارم تجزیه و تحلیل داده ها

| | |
|-------------------------------|-----|
| یافته های توصیفی پژوهش..... | ۱۰۱ |
| یافته های استنباطی پژوهش..... | ۱۰۸ |

فصل پنجم بحث و نتیجه گیری

۱۱۶ بحث در نتایج

۱۲۰ نتیجه گیری

۱۲۱ محدودیت های پژوهش

۱۲۱ پیشنهاد های پژوهش

منابع

۱۲۲ فهرست منابع فارسی

ضمایم

۱۳۷ پرسشنامه SCI-90-R

۱۴۱ پرسشنامه وسواس مادسلی

۱۴۲ پرسشنامه NEO-PI-R

۱۵۱ چکیده انگلیسی

فهرست جداول

| عنوان | شماره صفحه |
|---|------------|
| جدول ۱-۲: معیارهای تشخیص DSM-IV-TR در مورد اختلال وسواس فکری - عملی | ۱۸ |
| جدول شماره ۲-۲: پژوهش های تایید کننده پنج عامل بزرگ | ۵۲ |
| جدول ۳-۲: توصیف ابعاد پنجگانه شخصیت | ۵۴ |
| جدول ۴-۲: مایه های روانپوشی فوبی ها | ۶۹ |
| جدول ۵-۲: برخی از اختلالات DSM-IV-TR که با پرخاشگری مربوطند | ۷۱ |
| جدول ۶-۲: اجزا شناختی افسردگی | ۹۳ |
| جدول ۷-۲: علائم اضطراب | ۹۵ |
| جدول ۱-۴: توزیع میانگین و انحراف استاندارد وسواس | ۱۰۶ |
| جدول ۱-۴: توزیع میانگین و انحراف استاندارد ویژگی های شخصیت | ۱۰۶ |
| جدول ۳-۴: توزیع میانگین و انحراف استاندارد اختلالات روانی | ۱۰۷ |
| جدول ۴-۴: ضرایب همبستگی بین نیمرخ روانی و روان رنجورخویی | ۱۰۸ |
| جدول ۵-۴: ضرایب همبستگی بین نیمرخ روانی و برونگرایی | ۱۰۸ |
| جدول ۶-۴: ضرایب همبستگی بین نیمرخ روانی و باز بودن نسبت به تجربه | ۱۰۹ |
| جدول ۷-۴: ضرایب همبستگی بین نیمرخ روانی و توافق | ۱۰۹ |
| جدول ۸-۴: ضرایب همبستگی بین نیمرخ روانی و وجدانی بودن | ۱۱۰ |
| جدول ۹-۴: ضریب همبستگی بین افسردگی و اختلال وسواس فکری - عملی | ۱۱۰ |
| جدول ۱۰-۴: ضریب همبستگی بین روابط بین فردی و اختلال وسواس فکری - عملی | ۱۱۰ |
| جدول ۱۱-۴: ضریب همبستگی بین اضطراب و اختلال وسواس فکری - عملی | ۱۱۰ |
| جدول ۱۲-۴: ضریب همبستگی بین پرخاشگری و اختلال وسواس فکری - عملی | ۱۱۱ |
| جدول ۱۳-۴: ضریب همبستگی بین فوبی و اختلال وسواس فکری - عملی | ۱۱۱ |
| جدول ۱۴-۴: ضریب همبستگی بین پارانوایا و اختلال وسواس فکری - عملی | ۱۱۱ |
| جدول ۱۵-۴: ضریب همبستگی بین روانپریشی و اختلال وسواس فکری - عملی | ۱۱۱ |
| جدول ۱۶-۴: ضریب همبستگی بین اختلال شبه جسمی و اختلال وسواس فکری - عملی | ۱۱۲ |
| جدول ۱۷-۴: ضریب همبستگی ویژگی شخصیت روان رنجورخویی و اختلال وسواس فکری - عملی | ۱۱۲ |

- جدول ۴-۱۸: ضریب همبستگی بین ویژگی شخصیت برون گرایی و اختلال وسواس فکری- عملی ۱۱۲
- جدول ۴-۱۹: ضریب همبستگی بین ویژگی شخصیت دلبذیربودن و اختلال وسواس فکری- عملی ۱۱۲
- جدول ۴-۲۰: ضریب همبستگی بین ویژگی شخصیت باز بودن و اختلال وسواس فکری- عملی ۱۱۳
- جدول ۴-۲۱: ضریب همبستگی بین ویژگی شخصیت باوجدان بودن و اختلال وسواس فکری- عملی ۱۱۳
- جدول ۴-۲۲: نتایج رگرسیون چند متغیری اختلالات روانی با وسواس ۱۱۳
- جدول ۴-۲۳: نتایج رگرسیون چند متغیری ویژگی شخصیت با وسواس ۱۱۴

فهرست نمودارها

| عنوان نمودار | شماره صفحه |
|---|------------|
| شکل ۱-۲ چرخه معیوب وسواس فکری - وسواس عملی..... | ۳۳ |
| شکل ۲-۲- مدل شناختی سالکوسکیس..... | ۳۶ |
| شکل ۳-۲- مدل مختصر فراشناختی ولز..... | ۴۱ |
| نمودار ۱-۴: توزیع فراوانی شغل..... | ۱۰۲ |
| نمودار ۲-۴: توزیع فراوانی جنس..... | ۱۰۲ |
| نمودار ۳-۴: توزیع فراوانی تحصیلات..... | ۱۰۲ |
| نمودار ۴-۴: توزیع فراوانی رتبه تولد..... | ۱۰۳ |
| نمودار ۵-۴: توزیع فراوانی وضعیت تاهل..... | ۱۰۳ |
| نمودار ۶-۴: توزیع فراوانی تعداد فرزند..... | ۱۰۳ |
| نمودار ۷-۴: توزیع فراوانی سابقه مصرف دارو..... | ۱۰۴ |
| نمودار ۸-۴: توزیع فراوانی سابقه روان درمانی..... | ۱۰۴ |
| نمودار ۹-۴: توزیع فراوانی سابقه بستری..... | ۱۰۴ |
| نمودار ۱۰-۴: توزیع ابتلای بستگان..... | ۱۰۵ |
| نمودار ۱۱-۴: درصد فراوانی گرایشهای شخصیت در بیماران وسواس..... | ۱۰۵ |
| نمودار ۱۲-۴: درصد فراوانی اختلالات روانی در بیماران وسواسی..... | ۱۰۶ |

فصل اول

طرح تحقیق

مقدمه

بیان مسئله

تعریف واژه ها

اهداف

فرضیات

مقدمه

اختلال وسواس فکری- عملی (OCD)^۱ نشانگان عصبی- روانپزشکی پیچیده ای است که مشخصه اصلی آن، افکار ناخواسته، تکراری و مزاحم (افکار وسواسی) و نیز رفتارهای تکراری و آزار دهنده آیین مند (اعمال وسواسی) است که به منظور اجتناب از اضطراب یا خنثی کردن افکار وسواسی انجام می شود (۱).

براساس نظام طبقه بندی DSM-IV اختلال وسواس فکری- عملی یک اختلال محور I بوده و در چهارچوب اختلال های اضطرابی طبقه بندی شده است. در طبقه بندی DSM-IV برعکس DSM-III-R فکر و عمل وسواسی همواره با هم بوده و هیچ یک به تنهایی مشاهده نشده است. به این ترتیب عمل وسواسی می تواند یک آیین ذهنی جهت کاهش اضطراب باشد و تفاوت در رفتاری یا فکری بودن نیست، بلکه در اضطراب آفرین یا کاهنده اضطراب بودن است (۲).

در طی سال های اخیر این اختلال توجه زیادی را به خود جلب کرده و موضوع مطالعات متعددی قرار گرفته است. علت اصلی این توجه را می توان به افزایش شیوع این اختلال طی سه دهه گذشته نسبت داد. تا قبل از دهه ۱۹۷۰، اختلال وسواس فکری- عملی اختلالی نادر شناخته می شد که به درمان مقاوم است و به همین دلیل مطالعه ی کنترل شده در مورد این اختلال وجود نداشت. در دهه ۱۹۷۰ تعداد بسیار معدودی مطالعه کنترل شده در مورد شیوع جدول بالینی این اختلال از یک سو و درمان اختلال از سوی دیگر انجام شد که از این میان می توان به مطالعه داوسون (۱۹۷۷) اشاره کرد. در دهه ۱۹۸۰ تعداد این پژوهشها افزایش یافت و اطلاعات بیشتری در مورد جدول بالینی اختلال بدست آمد. در حال حاضر این اختلال چهارمین دلیل مراجعه به روانپزشک معرفی شده است و آمار بین المللی آن را ۲ تا ۳ درصد گزارش می کنند (۲).

تحقیقات مختلف نشان داده اند که همپوشی قابل ملاحظه ای بین اختلال وسواس فکری- عملی و دیگر اختلالات روانی وجود دارد. (۳)

از طرفی وجود اختلال های شخصیت همراه با بیماری وسواس فکری- عملی تصویر بالینی بیماری را دگرگون نموده و ممکن است درمان را با مشکل و شکست روبرو کند. همراه بودن اختلال های محور I و II و در هم آمیختگی نشانه ها، سبب سردرگمی در تشخیص می شود. از این رو گمان می رود که همراه بودن اختلال های محور I و II به ارزیابی و تشخیص اشتباه در محور II انجامیده و یا مواردی که بیماران تنها دارای صفات شخصیتی هستند، تشخیص اختلال های شخصیت داده

^۱. Obsessive Compulsive Disorder (OCD)

شود. همچنین به علت وجود نشانه ها و شدت بیماری محور I، پرسشنامه هایی که در تشخیص اختلال های شخصیت به کار برده می شوند، ممکن است برای بیمار یک یا چند تشخیص اشتباه اختلال های شخصیت را عنوان کنند (۴). از سویی دیگر، نقش خصوصیات شخصیتی انسان بر عملکردها و رفتارهای او از دیرباز نظر متخصصان علوم رفتاری را به خود جلب کرده است. بسیاری از محققان بر این عقیده اند که توجه به این ویژگی های شخصیتی و تفاوت های فردی در درمان، اصلاح رفتار و پیشگیری از انجام رفتارهای پرخطر در انسان نقش اساسی دارد.

در سالهای اخیر طرح پنج عاملی ویژگی های شخصیت به طور چشمگیری مورد توجه متخصصان علوم رفتاری قرار گرفته است در این آزمون پنج شاخص یا عامل شخصیتی شامل روان نژندی، برون گرایی، انعطاف پذیری، با وجدان بودن و دلبذیر بودن بررسی می شود. در تحقیقات مختلف مدل پنج عاملی شخصیت در افراد مبتلا به وسواس بررسی شده است (۵).

با توجه به پیامدهای گوناگون اختلال های روانی در زندگی انسان و اهمیتی که امروزه شناخت هر چه بهتر عوامل و علائم مداخله گر در آنها دارد، نتایج پژوهش حاضر نوید چشم انداز جدیدی را در تشخیص و پیش آگهی تحول اختلال وسواس فکری - عملی و اختلالات کنشی ناشی از آن و همچنین ارزیابی میزان آسیب پذیری افراد در برابر این تنیدگی ها مطرح می سازد. بنابراین، با توجه به اینکه بررسی دقیق علل و عوامل مرتبط با ابتلا به یک بیماری نقش مهمی در کمک رسانی به بیمار و انجام اقدامات پیشگیرانه ایفا می کند از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین نیمرخ روانی و ویژگی های شخصیتی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی انجام شده است.

بیان مساله

اختلال وسواس فکری- عملی^۱ یکی از شایعترین اختلالات روانی می باشد که در حوزه آسیب شناسی روانی پژوهش های زیادی را به خود اختصاص داده است. میزان شیوع این اختلال در جمعیت عمومی ۲ تا ۳ درصد تخمین زده شده است و حدود ۱۰ درصد بیماران سرپایی مراکز بالینی و روانپزشکی را این بیماران تشکیل می دهند. این اختلال بر روی کارکردهای خانوادگی، شغلی، اجتماعی و... تاثیر می گذارد. (۶)

اختلال وسواس فکری- عملی از دیدگاه بالینی یک اختلال ناهمگن، مزمن، نوروپیک و ناتوان کننده است که از دیرباز مورد توجه روانپزشکان و روانشناسان بوده است. (۷)

برطبق اکثر مطالعات، حالات مرضی همراه با اختلال وسواس فکری- عملی معمولاً بدون استثنا به چشم می خورد. به نظر می رسد که اضطراب شایعترین حالت خلقی در اختلال وسواس فکری- عملی است، به طوری که مشخصه‌ی حداقل ۷۵ درصد درمانجویان است (۸)، شاید بیشتر از هر اختلال اضطرابی دیگر، اختلال وسواس فکری- عملی اغلب با افسردگی همراه باشد (۸، ۹). به نظر می رسد که حالت خلق افسرده همراه با اختلال وسواس فکری- عملی بی نهایت شایع است (بر طبق (۸)، مشخصه‌ی اصلی ۴۵ درصد درمانجویان است).

تشخیص افسردگی اساسی در ۲۸-۳۸ درصد درمانجویان با اختلال وسواس فکری- عملی مشخص شده است. (۹، ۱۰) با توجه به سیر بیماری، افسردگی معمولاً بعد از شروع نشانه های اختلال وسواس فکری- عملی بروز می کند، احتمالاً به خاطر این که نشانه ها سبب رنجوری و ناتوانی می شوند.

همزمانی وسواس فکری- عملی و اختلال های محور II مبین وجود مرزهای مشترک در بین مقوله های اختلال های روانی بوده و لزوم انعطاف پذیری بیشتر در استفاده از طبقه بندی DSM-IV در امر تشخیص دارد. بعضی از پژوهشها، شیوع اختلال های شخصیت در اختلال وسواس فکری- عملی را بسیار بالا گزارش کرده و همزمانی اختلال شخصیت با اختلال وسواس فکری- عملی را معنی دار دانسته و حتی احتمال وقوع توأم اختلال وسواس فکری- عملی را با بعضی اختلال های شخصیتی (مانند اختلال شخصیت وسواسی و اجتنابی) بیشتر از وقوع هر یک به تنهایی تخمین زده اند (۱۱). از دیدگاه شناختی- رفتاری اختلال شناخت در وسواس مانند سایر اختلال های اضطرابی و عاطفی دیده می شود و این اختلال نقش عمده ای در ایجاد، ابقاء و تداوم وسواس دارد. اغلب یافته

¹. Obsessive Compulsive Disorder (OCD)

ها نشانگر و موید این امرند که نشانه های اختلال وسواس فکری - عملی با کاهش توانایی در متوقف ساختن افکار نامعقول در ارتباطند و به نظر می رسد که افکار غیرمنطقی ناخواسته در مقایسه با اضطراب و افسردگی نقش تعیین کننده تری را در وسواس ایفا می کند (۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶).

بسیاری از مطالعات اولیه (۱۷) مشخص نمودند که در ۶ تا ۶۰ درصد درمانجویان مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی اسکیزوفرنی بروز می کند، در مطالعات انجام شده روی بیماران بستری بالاترین میزان ۵ تا ۶ درصد بوده است (۱۷). کارنو و همکاران (۱۸) مشاهده کردند که میزان همراه بودن اختلال وسواس فکری - عملی با اسکیزوفرنی ۱۲ درصد بوده است.

اگرچه وسواس با آسیب شناسی شخصیت رابطه قابل ملاحظه ای دارد، رویکردهای دیگر رابطه - ی اختلال وسواس فکری - عملی را با ویژگی های شخصیتی بهنجار بررسی کرده اند. آن گونه که تاریخ رشد و توسعه ی روان شناسی نشان می دهد، هدف بسیاری از پژوهشگران در این حوزه، درک و نشان دادن عناصر بنیادین در تبیین رفتار در جنبه های بهنجار و آسیب شناسی روانی است. به هر صورت، در روان شناسی امروز دیدگاه های نه چندان متعدد اما متفاوتی از شخصیت وجود دارد. یکی از این رویکردها که نزد اهل فن از مقبولیت نسبی برخوردار است، نظریه ی عاملی شخصیت است. فرض بنیادین نظریه های عاملی، همان گونه که در نظریه بقراط آمده، از نظر علّی، تقدم را به ویژگی صفات می دهد (۱۹). برخلاف اختلالات محور دو DSM که مطلق و ناپیوسته هستند، این صفات بزرگ در اصل پیوسته و ابعادی بوده و نمرات بالا در این صفات، هنگامی که با پریشانی شخصی یا اختلال اجتماعی همراه باشد آسیب شناسی شخصیت را منعکس می کند. به عنوان نمونه، نمرات برافراشته روان رنجورخویی و نمرات پایین برون گرایی (درون گرایی) در مدل سه عاملی آیزنگ^۱ (PEN) (۲۰)، آسیب پذیری در رشد اختلال وسواس فکری - عملی را نشان می دهد. به طور مشابه، اجتناب از آسیب بالا در مدل زیستی - اجتماعی یکپارچه کلینینجر^۲ (۲۱)، هیجان خواهی^۳ پایین در مدل پنج عاملی تناوبی^۴ زاکرمن^۵ (۲۲) و نقش افکار در ایجاد و نگهداری وسواس های فکری و اجبارها (۲۳، ۲۴، ۲۵) نیز، این آسیب پذیری را نشان داده اند.

نظریه پنج عاملی شخصیت^۶ که به پنج عامل بزرگ^۱ نیز معروف است، از سوی دو روان شناس ساکن ایالات متحده به نام کاستا^۲ و مک کری^۳، در اواخر دهه ی ۸۰ میلادی ارائه شد و در اوایل

^۱.Eysenck

^۲.Cloninger

^۳.sensation-seeking

^۴.Alternative Five-Factor Model

^۵.Zuckerman

^۶ Five-factor model (FFM)

دهه‌ی ۹۰ مورد ارزیابی مجدد قرار گرفت. عامل روان نژندی یا روان رنجورخویی (عصبیت) در واقع شاخص بی ثباتی هیجانی است. احساساتی مانند ترس، غم، برانگیختگی، خشم و احساس گناه مبنای این مقیاس هستند. چون داشتن احساسات منفی اثرات مخربی بر سازگاری فرد دارد، بالا بودن نمره افراد در این عامل نشان دهنده وضعیت انطباقی ضعیف او است، به خصوص اگر فرد تحت فشار روانی شدید قرار بگیرد. باید توجه داشت که نمره بالا در این شاخص لزوماً بیانگر اختلال روانی جدی نیست. این شاخص بیشتر یک خصوصیت شخصیتی را می سنجد. شاخص دیگر در این آزمون برونگرایی است افرادی که در این شاخص نمرات بالایی می گیرند معمولاً اجتماعی هستند، در عمل قاطع و فعال هستند، هیجان و تحریک را دوست دارند. عامل سوم انعطاف پذیری است این نوع افراد بیشتر افراد کنجکاو هستند که از نظریه های جدید و ارزش های غیرمعارف لذت می برند. معمولاً افرادی که تحصیلات بالاتری دارند در این عامل نمرات بالاتری بدست می آورند. این شاخص با هوش ارتباط مثبتی دارد. در مقابل افرادی که بسته هستند علائق محدودتری دارند و از نظر اجتماعی محافظه کارتر هستند. عامل چهارم با وجدان بودن است. این افراد معمولاً دارای هدف و برنامه های از پیش تعیین شده هستند و از نظر حرفه و تحصیل افراد موفق هستند. افراد دارای نمره بالا در این شاخص معمولاً دقیق، وقت شناس، قابل اعتماد و تا حدی وسواسی هستند. عامل پنجم دلبذیر بودن است این افراد معمولاً نوع دوست، دارای حس همدردی و کمک به دیگران هستند و افراد نقطه مقابل آنها بیشتر مظنون و اهل رقابت هستند (۲۶).

در یک مطالعه همه گیر شناسی (۲۷) رابطه بین پنج عامل بزرگ شخصیت و اختلال وسواس فکری- عملی را بر روی آزمودنی های با تشخیص اختلال وسواس فکری- عملی و گروه کنترل مورد بررسی قرار دادند و نتایج نشان داد که بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی در همه خرده مقیاس های روان رنجور خویی^۴ نمرات بالا و در برونگرایی^۵ (فقط در خرده مقیاس جرات مندی^۶) نمرات پایین تری در مقایسه با گروه کنترل به دست آوردند. همچنین مبتلایان به اختلال

^۱. Big Five

^۲. Costa

^۳. McCrae

^۴. Neuroticism

^۵. Extraversion

^۶. Assertiveness

وسواس فکری- عملی کمتر دلپذیر^۱ بودند، اگرچه تفاوتی بین حوزه های باز بودن^۲ و با وجدان بودن^۳ مشاهده نشد.

رکتور^۴ و همکاران (۲۸) در پژوهشی که بر روی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی و افسرده انجام دادند، نتیجه گرفتند که در هر دو گروه بین روان رنجورخویی، برونگرایی، دلپذیر بودن و باوجدان بودن رابطه متوسط وجود داشت. همچنین برونگرایی رابطه مثبت با دلپذیر بودن در هر دو گروه داشت. در حالیکه برونگرایی با، با وجدان بودن در نمونه بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی رابطه نداشت ولی رابطه مثبتی بین این ابعاد در گروه افسرده وجود داشت. نهایتاً دلپذیر بودن در هر دو گروه با با وجدان بودن رابطه مثبت داشت. بطور کلی بیماران مبتلا به اختلال همبودی وسواس فکری- عملی و افسردگی، نمرات بسیار بالا در روان رنجور خویی، نمرات بسیار پایین در برونگرایی، نمرات متوسط در باز بودن و دلپذیر بودن و نمرات پایین در با وجدان بودن به دست آوردند. در صورتی که بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی، رابطه ی معنی دار در برونگرایی، دلپذیر بودن و با وجدان بودن نشان دادند. این نتایج رابطه بین ابعاد و ویژگی های پنج عاملی شخصیت و اختلال وسواس فکری- عملی را برجسته تر کرد.

وجود یافته های ناهماهنگ در قلمرو پژوهش هایی که به بررسی ارتباط اختلال وسواس فکری- عملی با مولفه های دیگر پرداخته اند و مشاهده تفاوت های فردی در زمینه آسیب پذیری پس از تنیدگی، ضرورت پرداختن به این امر را زیاد می کند. بررسی ارتباط نشانگان وسواس فکری- عملی با نشانه های اختلال های دیگر اضطرابی، خلقی و اختلال های شخصیتی هدف کوشش های پژوهشی فراوانی بوده است که به یافته های با ارزش منتهی شده اند، اما در این زمینه هنوز پرسش های فراوانی وجود دارند که ضرورت تدابیر جدید پژوهشی و در نظر گرفتن متغیرهای دیگر را به میان می آورند. پژوهش حاضر با در نظر گرفتن این نکته و به میان آوردن مولفه هایی که ورود بعضی از آنها به این قلمرو تقریباً جدید است، از زاویه دیگری به این مساله پرداخته است.

از این رو پژوهش حاضر در پی آن است که رابطه ی بین نیمرخ روانی و گرایش های شخصیتی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی را بررسی نماید، و در صدد پاسخگویی به سوالات زیر می باشد:

۱. آیا بین نیمرخ روانی بیماران وسواسی و گرایش های شخصیتی آنها رابطه وجود دارد؟

^۱. Agreeableness

^۲. Openness

^۳. Conscientiousness

^۴. Rector

۲. چه بیماری های روانی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی شایع است؟
۳. کدام ابعاد شخصیتی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی برجسته تر است؟

تعریف واژه ها

اختلال وسواس فکری - عملی

تعریف علمی: وجود افکار مزاحم عود کننده همراه با اضطراب یا تنش و یا اعمال فیزیکی یا ذهنی هدفمند تکراری به منظور کاهش ترس ها و تنش های ناشی از وسواس های فکری است (۲). برای تشخیص، وسواس های فکری و عملی باید باعث رنج و ناراحتی چشمگیر شوند و یا در عملکرد شخص اختلال ایجاد کنند (۲۹).

تعریف کاربردی: در این پژوهش افراد مبتلا به وسواس بر اساس تشخیص روانپزشک و با توجه به ملاکهای (DSM-IV) انتخاب شدند. شدت وسواس در این افراد بر اساس نمرات فرد در پرسشنامه وسواس مادسلی، ارزیابی خواهد شد. مقیاس اندازه گیری این متغیر فاصله ای است.

اختلال روانی

تعریف علمی: طبق DSM-IV-TR، اختلال روانی را می توان یک سندرم یا الگوی رفتاری یا روانشناختی دانست که با احساس ناراحتی (مثل علامتی دردناک) یا ناتوانی (مثل تخریب در یک یا چند زمینه کارکردی) همراه است. به علاوه، سندرم یا الگو نباید فقط پاسخی قابل انتظار و تأیید شده از نظر اجتماعی نسبت به یک رویداد خاص، نظیر مرگ یک فرد عزیز باشد (۲).

تعریف کاربردی: اختلال روانی در پژوهش حاضر عبارت است از نمره ای که هر فرد در ابعاد ۹ گانه فرم تجدید نظر شده چک لیست نشانه یابی ۹۰ سوالی SCL-90-R کسب می کند. مقیاس اندازه گیری این متغیر فاصله ای است.

اختلالات شبه جسمی

تعریف علمی: اصطلاح شبه جسمی (somatoform) از ریشه soma یونانی به معنی جسم اخذ شده است، و اختلالات شبه جسمی (somatoform disorders) گروهی وسیع از بیماریها هستند که علائم و نشانه های جسمی یک جزء اساسی آنها است. بیماران مبتلا به این اختلال معتقدند

که بیمارند و پیشینه های عریض و طویل و مفصل در دفاع از باور خود گرد می آورند، و درمان های متعدد پزشکی دریافت می کنند (۲).

تعریف کاربردی: مجموع نمراتی که آزمودنی ها در ۱۲ سوال مربوط به بعد اختلالات جسمانی شکل آزمون SCL-90-R کسب می کنند. مقیاس اندازه گیری این متغیر فاصله ای است.

فوبی (phobia)

تعریف علمی: اصطلاح فوبی (phobia) به ترس شدید از یک شیء یا موقعیت یا وضعیت اطلاق می شود. فوبی خاص ترس شدید و پایدار از یک شیء یا موقعیت است که به اجتناب هشیارانه از شیء، فعالیت یا موقعیت ترس آور منجر می شود و عملکرد فرد را برای زندگی موثر و راحت مختل می سازد. هراس می تواند به صورت مشخص و خاص یا به صورت اجتماعی متجلی شود. در حالیکه فوبی اجتماعی ترس شدید و مستمر از موقعیتهای است که در آن حالت ممکن است شرمندگی روی دهد (۳۰).

تعریف کاربردی: مجموع نمراتی که آزمودنی ها در ۷ سوال مربوط به بعد فوبی آزمون SCL-90-R کسب می کنند. مقیاس اندازه گیری این متغیر فاصله ای است.

پرخاشگری

تعریف علمی: پرخاشگری رفتاری است که به نیت آسیب رساندن (جسمی یا کلامی) به خود یا شخص دیگر و یا تخریب اموال وی صورت گیرد (۳۰).

تعریف کاربردی: مجموع نمراتی که آزمودنی ها در ۶ سوال مربوط به بعد پرخاشگری آزمون SCL-90-R کسب می کنند. مقیاس اندازه گیری این متغیر فاصله ای است.

اختلال وسواس فکری - عملی (OCD)

تعریف علمی: مفهوم وسواس، فکر «محاصره» و مفهوم «بی اختیاری» فکر اجبار را القا می کند و درک این مفاهیم بدون مرتبط ساختن آنها با «من» فرد که در بیان آزادانه فکر، تجسم و عمل خویشتن، احساس محدودیت می کند، امکان پذیر نیست؛ محدودیتی که فقط بر اساس و به وسیله فعالیت مرضی در هم شکسته می شود و آرامش موقت، تنها از طریق تکرار به دست می آید. بیمار نسبت به اختلال خود هشیار است و آن را تحمل شده و مرضی می پندارد، یعنی در واقع، اختلال را

نمی پذیرد بلکه آن را تحمل می کند. مع هذا در پاره ای از شخصیت های وسواسی، نشانه مرضی به منزله بخشی از سازمان یافتگی روانی فرد در می آید (۲۹).

تعریف کاربردی: مجموع نمراتی که آزمودنی ها در ۱۱ سوال مربوط به بعد وسواس آزمون SCL-90-R کسب می کنند. مقیاس اندازه گیری این متغیر فاصله ای است.

افسردگی

تعریف علمی: غمگینی یکی از خصوصیات افسردگی است. این اختلال با مجموعه ای از نشانه ها همراه است مانند کاهش انرژی، افکار بدبینانه، فقدان لذت، بی خوابی، بی اشتها و کاهش وزن از علایم عمده افسردگی شمرده می شوند. تغییرات شبانه روزی خلق، به صورت شدت یافتن علایم به هنگام صبح بارز است. این علائم مزاحم عملکرد طبیعی فرد می شود و چندین هفته ادامه می یابد (۳۱).

تعریف کاربردی: مجموع نمراتی که آزمودنی ها در ۱۳ سوال مربوط به بعد افسردگی آزمون SCL-90-R کسب می کنند. مقیاس اندازه گیری این متغیر فاصله ای است.

روانپریشی

تعریف علمی: در این اختلال رفتار و فرایند های فکری فرد چنان مختل می شوند که وی تماسش را با واقعیت از دست می دهد و نمی تواند نیازهای زندگی روزمره را برآورد نماید (۳۰).

تعریف کاربردی: مجموع نمراتی که آزمودنی ها در ۱۱ سوال مربوط به بعد روانپریشی آزمون SCL-90-R کسب می کنند. مقیاس اندازه گیری این متغیر فاصله ای است.

پارانویا

تعریف علمی: در تعریف، حالتی است که شخص در آن با اهمیت فوق العاده و خارج از اندازه ای که به سلامت جانی و مالی خود می دهد، خود را شکنجه می دهند. این گونه از افراد مدام در این فکر هستند که عواملی انسانی، طبیعی یا ماورا طبیعی خودشان، دارایی و افراد خانواده شان را تهدید می کنند و همه، در فکر توطئه چینی بر ضد آنها هستند (۲).

تعریف کاربردی: مجموع نمراتی که آزمودنی ها در ۶ سوال مربوط به بعد پارانویای آزمون SCL-90-R کسب می کنند. مقیاس اندازه گیری این متغیر فاصله ای است.

حساسیت میان فردی

تعریف علمی: حساسیت بین فردی عبارت است از آشفتگی یا داشتن مشکلات مشخص در روابط بین فردی و یا به هم خوردن روابط دو یا چند نفر بدون ارتباط با یک اختلال مشخص روانپزشکی (مانند افسردگی، عقب ماندگی ذهنی و...) به طوری که مشکل فوق باعث ناراحتی قابل ملاحظه یکی از افراد با تخریب عملکرد اجتماعی فرد در یکی از حوزه های روابط با والدین، برقراری ارتباط با همسالان، ارتباط با خواهر و برادر و یا ارتباط با اولیاء مدرسه یا وابستگی افراطی به دیگران شود (۲).

تعریف کاربردی: مجموع نمراتی که آزمودنی ها در ۹ سوال مربوط به بعد پرخاشگری آزمون SCL-90-R کسب می کنند. مقیاس اندازه گیری این متغیر فاصله ای است.

اضطراب

تعریف علمی: اضطراب عبارت است از واکنش فرد در مقابل یک موقعیت تهدید آمیز، یعنی موقعیتی که زیر تاثیر بالا گرفتن تحریکات اعم از برونی یا درونی واقع شده و فرد در مهار کردن آنها ناتوان است. یک علامت هشداردهنده است که خبر از خطری قریب الوقوع می دهد و شخص را برای مقابله با تهدید آماده می سازد. در طی اضطراب فرد یک احساس منتشر، ناخوشایند و اغلب مبهم از دلواپسی می کند که با یک نشانه بدنی یا روان شناختی همراه است (۳۲).

تعریف کاربردی: مجموع نمراتی که آزمودنی ها در ۱۱ سوال مربوط به بعد پرخاشگری آزمون SCL-90-R کسب می کنند. مقیاس اندازه گیری این متغیر فاصله ای است.

شخصیت:

تعریف علمی: در میان تعاریف ارائه شده از شخصیت برخی به جنبه های بیوشیمیایی و فیزیولوژیکی شخصیت، برخی به عکس العمل های رفتاری و مشهود، برخی دیگر به فرآیندهای ناهشیار رفتار آدمی و گروهی نیز به روابط متقابل افراد با یکدیگر و نقش هایی که در جامعه بازی می کنند توجه نموده و شخصیت را بر همان مبنا تعریف کرده اند. بنابراین دامنه و گستره ی تعاریف از فرآیندهای درونی ارگانیسم تا رفتارهای مشهود ناشی از تعادل افراد در نوسان است (۳۳).

شخصیت مجموعه ای از ویژگیهای پایدار و بی نظیر است که ممکن است در پاسخ به موقعیت های مختلف تغییر کند. تعریف مفهومی شخصیت در این پژوهش عبارت است از ابعاد شخصیتی

شامل پنج بعد شخصیتی روان رنجور خویی، برون گرایی، دلدیر بودن، با وجدان بودن و بازبودن. (۳۴)

تعریف کاربردی: در این تحقیق شخصیت، نمره فرد در هریک از پنج عامل پرسشنامه فرم بلند تجدید نظر شده نئو (NEO PI-R) می باشد. (۳۵)

روان رنجور خویی (نوروتیسم)

تعریف علمی: هسته اصلی این عامل را عاطفه منفی تشکیل می دهد بطور کلی به اضطراب، ناامنی، تنش، حالت دفاعی و نگرانی اشاره دارد. (۳۶)

افراد نوروتیک ممکن است زمان کمی برای انجام وظایف و تکالیف شغلی و خانوادگی داشته باشند، زیرا آنها اکثر اوقات غرق در نگرانی یا تمرکز روی عاطفه منفی هستند. بنظر می رسد که روان رنجور خویی همبستگی مثبتی با تعارض داشته باشد و هیچ گونه رابطه ای با رخداد های مثبت ندارد (۳۶). مک کری و کوستا (۳۷) معتقدند موثرترین قلمرو مقیاس های شخصیت، تقابل سازگاری با ثبات عاطفی یا ناسازگاری و روان نژند گرایی می باشد. تمایل به تجربه ی عواطف منفی همچون ترس، غم، دستپاچگی، عصبانیت، احساس گناه و نفرت مجموعه ی حیطه ی N را تشکیل می دهند. (۳۳)

تعریف کاربردی: نمره ای که آزمودنی ها در ۴۸ سوال مربوط به بعد روان رنجورخویی آزمون NEO PI-R کسب می کنند.

برونگرایی

تعریف علمی: بعد برون گرایی افرادی را توصیف می کند که فعال، جراتمند، پرانرژی، مشتاق، خونگرم، اجتماعی و بذله گو هستند (۳۷). دو خصوصیت برونگرایی، یعنی مثبت اندیشی و انرژی فراوان به احتمال زیاد منجر به تعارض کمتر می شود. به واسطه ی سطوح بالای انرژی، برونگراها قادرند تکالیف بیشتری را در مدت زمان کمتری انجام دهند و همچنین خستگی کمتری نسبت به درون گراها تجربه می کنند. این گروه با تمرکز بر جنبه های مثبت موفقیت ها و شرایط آنها را کمتر استرس زا ادراک می کنند، برونگراها به دلیل مثبت اندیشی و انرژی سرشار، فشار روانی کمتری را تجربه می کنند. همچنین تحقیقات نشان می دهند که برونگرایی همبستگی منفی با تعارض داشته و

برونگراها عاطفه مثبت بیشتری تجربه می کنند. این افراد آمادگی بیشتری نسبت به انجام رخدادهای مثبت دارند و با شدت بیشتری به آن واکنش نشان می دهند (۳۷).

تعریف کاربردی: نمره ای که آزمودنی ها در ۴۸ سوال مربوط به بعد برونگرایی آزمون NEO PI-R کسب می کنند.

دلپذیر بودن

تعریف علمی: دلپذیر بودن مقدماً بعدی از تمایلات فردی است. یک فرد دلپذیر اساساً نوع دوست است، او نسبت به دیگران هم دردی کرده و مشتاق است که به آنان کمک کند. چنین فردی باور دارد که دیگران نیز متقابلاً کمک کننده هستند، در مقابل، فرد غیر دلپذیر، ستیزه جو، خودمدار و نسبت به دیگران شکاک بوده و رقابت جوست تا همکاری کننده (۳۳). این بعد با صفاتی همچون همکاری، گذشت، مهربانی، همدردی، خوش مشربی و اعتماد توصیف می شود (۳۷).

صفات مربوط به دلپذیری منجر به تعارض بین فردی کمتر و حمایت بیشتر از سوی دیگران می شود. بنابراین یک همبستگی منفی بین دلپذیر بودن و تعارض وجود دارد.

تعریف کاربردی: نمره ای که آزمودنی ها در ۴۸ سوال مربوط به بعد دلپذیر بودن آزمون NEO PI-R کسب می کنند.

بازبودن

تعریف علمی: این با صفاتی نظیر هوش، اعمال خلاف عرف، تخیل، کنجکاوی و ابتکار توصیف می شود. (۳۶). اشخاصی که نمرات بالاتری در باز بودن دارند، تغییر را بهتر می پذیرند. این افراد در مواجهه با تعارض خلاقانه عمل می کنند. این خصوصیات منجر به کاهش تعارض می شوند و احتمال بیشتری وجود دارد که افراد با نمره ی بالاتر در بعد انعطاف پذیری مهارت ها و رفتارهای اکتسابی پیشین در یک حوزه را به دیگر حوزه های زندگی انتقال دهند. بنابراین انعطاف پذیری با تعارض همبستگی منفی و با تسهیل همبستگی مثبت دارد (۳۶). بطور کلی این بعد از شخصیت نسبت به ابعاد دیگر شخصیتی، کمتر شناخته شده است و برخی محققان اصطلاحاتی همچون هوش، عقل و... را به جای آن به کار می برند.

تعریف کاربردی: نمره ای که آزمودنی ها در ۴۸ سوال مربوط به بعد باز بودن آزمون NEO PI-R کسب می کنند.

با وجدان بودن:

تعریف علمی: با وجدان بودن شامل صفاتی چون: قابلیت اطمینان، پیشرفت گرایی، نظم و انضباط، کفایت، سازماندهی، تدبیر، مسئولیت پذیری، دقت و سخت کوشی می باشد. تدبیر، اعمال متفکرانه، سازماندهی اثربخش و مدیریت بهینه ی زمان ممکن است فرد را قادر به انجام کارهای بیشتری در زمان موجود سازد. بنابراین تعارض کاهش می یابد. افراد با وجدان تکالیف و وظایف را بطور کاملاً صحیح انجام می دهند، تحقیقات نشان می دهد که بین بعد با وجدان بودن و تعارض همبستگی منفی وجود دارد (۳۶).

تعریف کاربردی: نمره ای که آزمودنی ها در ۴۸ سوال مربوط به بعد با وجدان بودن آزمون NEO PI-R کسب می کنند.

اهداف

هدف کلی طرح

تعیین نیمرخ روانی و گرایش های شخصیتی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی

اهداف اختصاصی

تعیین نیمرخ روانی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی (مولفه های SCI-90-R)
تعیین ویژگیهای شخصیتی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی (مولفه های NEO PI-R)

هدف کاربردی

تعیین ویژگیهای شخصیتی برجسته و بیماری های همزمانی که باعث ایجاد و حفظ بیماری وسواس میگردند و استفاده از آنها برای برنامه ریزی درمانی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی

فرضیات:

۱. بین نیمرخ روانی و گرایشهای شخصیتی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی رابطه وجود دارد.
۲. بین روان رنجور خویی و اختلال وسواس فکری- عملی رابطه وجود دارد.
۳. بین برون گرایی و اختلال وسواس فکری- عملی رابطه وجود دارد.
۴. بین دلیذیر بودن و اختلال وسواس فکری- عملی رابطه وجود دارد.
۵. بین باز بودن و اختلال وسواس فکری- عملی رابطه وجود دارد.
۶. بین با وجدان بودن و اختلال وسواس فکری- عملی رابطه وجود دارد.
۷. بین افسردگی و اختلال وسواس فکری- عملی رابطه وجود دارد.
۸. بین اضطراب و اختلال وسواس فکری- عملی رابطه وجود دارد.
۹. بین فوبی و اختلال وسواس فکری- عملی رابطه وجود دارد.
۱۰. بین پارانویا و اختلال وسواس فکری- عملی رابطه وجود دارد.
۱۱. بین روانپریشی و اختلال وسواس فکری- عملی رابطه وجود دارد.
۱۲. بین پرخاشگری و اختلال وسواس فکری- عملی رابطه وجود دارد.
۱۳. بین روابط بین فردی و اختلال وسواس فکری- عملی رابطه وجود دارد.
۱۴. بین اختلالات شبه جسمی و اختلال وسواس فکری- عملی رابطه وجود دارد.

سوالات پژوهش:

۱. کدام بعد روانی، اختلال وسواس فکری- عملی را بهتر پیش بینی می کند؟
۲. کدام بعد شخصیتی، اختلال وسواس فکری- عملی را بهتر پیش بینی می کند؟

فصل دوم

پیشینه تحقیق

مبانی نظری پژوهش

تحقیقات جهان

تحقیقات ایران

تعریف اختلال وسواس فکری - عملی

اختلال وسواس فکری - عملی یک اختلال اضطرابی^۱ ناتوان ساز است که معمولاً به مثابه یک بیماری بدعلاج که نیازمند درمان مادام العمر است، در نظر گرفته می شود. اختلال وسواس فکری - عملی مسئله ای است که به وسیله افکار، تصاویر ذهنی و تکانه های ناخوانده ای مزاحم، مشخص می شود. اعمال اجباری شامل آیین های آشکار (نظیر شستن دست و رفتارهای واریسی) و آیین های ناآشکار می شود (۳۸).

در چهارمین ویراست راهنمای تشخیص و آماری تجدید نظر شده اختلالات روانی، اختلال وسواسی فکری - عملی عبارتست از وسواس های فکری یا عملی برگشت کننده که به دلیل شدید بودن وقت گیر هستند (یعنی، بیش از یک ساعت در روز وقت می گیرند) یا به پریشانی آشکار یا اختلال عمده منجر می شوند و به طور قابل ملاحظه ای با وظایف عادی، کارکرد شغلی، فعالیت های اجتماعی یا روابط عادی اجتماعی فرد تداخل می نمایند. در یک برهه از زمان طی سیر این اختلال، شخص متوجه شده است که وسواس های فکری یا عملی او، مفرط یا غیر منطقی هستند. اگر یک اختلال دیگر مربوط به محور I وجود دارد محتوای وسواس های فکری یا عملی به آن محدود نمی شود. این اختلال ناشی از اثرات فیزیولوژیایی مستقیم مواد (مانند سوء مصرف دارو، دارو درمانی) یا یک بیماری جسمانی نیست.

وسواس های فکری، عقاید، افکار، تکانه ها یا تصاویر ذهنی پایداری هستند که مزاحم و نامناسب می نمایند و به اضطراب یا پریشانی آشکار منجر می شوند. کیفیت مزاحم و نامناسب وسواس های فکری تحت عنوان «خود ناهمخوان» ذکر می شوند. این پدیده حاکی از آن است که فرد با محتوای وسواس فکری بیگانه است، آن را تحت کنترل خود نمی داند، و از نوع اندیشه ای نیست که او انتظار دارد. با این حال، فرد قادر به تشخیص این نکته است که وسواس های فکری محصول ذهن خود او هستند و از خارج تحمیل نمی شوند.

متداول ترین وسواس های فکری عبارتند از: افکار مکرر درباره آلودگی، تردیدهای مکرر، لزوم قرار گرفتن اشیاء با یک نظم خاص، تکانه های پرخاشگرانه و تصویرسازی ذهنی جنسی. فرد دچار وسواس های فکری معمولاً می کوشد این قبیل افکار یا تکانه ها را سرکوب کند یا آنها را با فکر یا عملی دیگر (یعنی، وسواس عملی) خنثی کند. برای نمونه، فردی که گرفتار تردیدهایی راجع به

^۱. Anxiety disorder

خاموش کردن اجاق گاز شده است می‌کوشد با بازبینی‌های مکرر و اطمینان از خاموش بودن آن، تردیدها را خنثی کند.

وسواس‌های عملی، رفتارهای تکراری (مانند شستن دست) یا اعمال ذهنی (مانند دعا کردن) هستند که هدف آنها پیشگیری یا کاهش اضطراب یا پریشانی است، نه به دست آوردن لذت یا رضایت. در اکثر موارد شخص احساس می‌کند که مجبور به انجام وسواس عملی است تا پریشانی را که با وسواس فکری همراه می‌شود کاهش دهد یا از یک رویداد یا موقعیت هولناک پیشگیری نماید. در برخی موارد، افراد اعمال خشک یا قالبی مطابق با قواعد خاص خود ساخته انجام می‌دهند بدون اینکه توانایی توجیه این اعمال را داشته باشند. طبق تعریف، وسواس‌های عملی یا آشکارا افراطی هستند یا با آنچه که برای خنثی‌سازی یا پیشگیری آنها طراحی می‌شوند، ارتباط واقعی ندارند. متداول‌ترین وسواس‌های عملی شامل شستن و تمیز کردن، شمارش، بازبینی، درخواست یا مطالبه اطمینان و خاطر جمعی، اعمال تکراری و منظم کردن هستند. هنگام تلاش برای پیشگیری از یک وسواس عملی، فرد ممکن است احساس اضطراب یا تنش شدید داشته باشد که غالباً با تسلیم شدن به وسواس عملی از آن رها می‌شود. در سیر اختلال، پس از شکست‌های مکرر در پیشگیری از وسواس‌های فکری یا عملی، فرد ممکن است تسلیم آنها شود، تمایل چندانی به مقاومت در برابر آنها نشان ندهد و احتمال دارد وسواس‌های عملی را به عادات روزمره‌اش ملحق کند. بسیاری از افراد دچار این اختلال از اشیاء یا موقعیت‌هایی که وسواس‌های فکری یا عملی را برمی‌انگیزاند، اجتناب می‌کنند. چنین اجتنابی ممکن است گسترش یافته و به شدت کارکرد کلی را محدود نماید (۱). جدول زیر معیارهای تشخیصی DSM-IV-TR را در اختلال وسواس فکری-عملی نشان می‌دهد:

جدول ۱-۲: معیارهای تشخیصی DSM-IV-TR در مورد اختلال وسواس فکری-عملی

افکار مزاحم یا اعمال اجباری که در طول روز حداقل در بیشتر از یک ساعت در روز فرد را گرفتار کرده و موجب آشفتگی و پریشانی حال و اختلال در کارکرد مشخص می‌شود. اختلال وسواس فکری-عملی عبارتست از عقاید، تصاویر ذهنی، نشخوارهای ذهنی، تکانه‌ها و افکار مزاحم و مکرر (وسواس فکری)، و یا الگوهای مکرر رفتار یا فعالیت‌های مزاحم (عمل وسواسی)، وسواس-های فکری و عملی هر دو خود-ناهمخوان بوده و در صورت مقاومت در مقابل آنها سبب بروز اضطراب خواهد شد.

ملاک‌های تشخیص اختلال وسواس فکری-عملی در انجمن روانپزشکی آمریکا عبارتند از:

الف: وجود فکر وسواسی یا عمل وسواسی:

| | |
|---|--|
| <p>فکر وسواسی، به طوری که با (۱)، (۲)، (۳)، (۴) تعیین می شود:</p> <p>(۱) افکار، تکانه ها یا تصاویر ذهنی تکراری و مقاوم که در طول دوره بیماری، برای شخص مزاحم و نامتناسب شمرده می شوند و اضطراب و ناراحتی بارز به وجود می آورند.</p> <p>(۲) این افکار، تکانه ها، یا تصاویر ذهنی، صرفاً نگرانی های افراطی درباره مشکلات زندگی واقعی نیستند.</p> <p>(۳) شخص سعی می کند این قبیل افکار، تکانه ها، یا تصاویر ذهنی را نادیده بگیرد یا سرکوب کند، یا آنها را با نوعی فکر یا عمل دیگر خنثی نماید.</p> <p>(۴) شخص بداند که افکار، تکانه ها و تصاویر ذهنی وسواسی، حاصل ذهن خود او هستند (نه آن که مثل کاشت فکر^۱ از بیرون تحمیل شده باشند).</p> <p>اعمال وسواسی به طوریکه با (۱) و (۲) مشخص می شوند:</p> <p>(۱) رفتارها (مثل شستن دست ها، منظم کردن اشیا و واریسی) و یا یک عمل ذهنی تکراری (مثل دعا و استغاثه، شمارش، تکرار کلمات به آرامی) که شخص احساس می کند در پاسخ به افکار وسواسی یا مطابق با قواعدی که فرد ناگزیر از انجام دقیق آنهاست، مجبور است آنها را انجام دهد.</p> <p>(۲) رفتارها یا اعمال ذهنی برای خنثی کردن یا پیشگیری از ناراحتی یا وقوع یک اتفاق یا رویداد ترسناک طرح ریزی می شود؛ منتها این رفتارها یا اعمال ذهنی با آنچه برای پیشگیری یا خنثی کردنش طراحی شده اند، ارتباطی واقع گرایانه ندارند یا به وضوح افراطی اند.</p> | <p>ب) زمانی در طول اختلال شخص به افراطی یا غیر منطقی بودن افکار و اعمال وسواس وقوف پیدا کرده است.</p> <p>تذکر: این امر ممکن است در مورد کودکان صدق نکند.</p> |
| <p>پ) افکار و اعمال وسواسی، ناراحتی شدید ایجاد می کنند؛ وقت گیر هستند (حداقل روزی یک ساعت وقت می گیرند) و یا به طور قابل ملاحظه مخل روال عادی زندگی فرد، کارکردهای شغلی (یا تحصیلی)، فعالیت های اجتماعی و روابط او با دیگران باشند.</p> | <p>ت) در صورت وجود اختلال دیگری در محور I، محتوای افکار و اعمال وسواسی محدود به آن نباشد (مثل اشتغال ذهنی با غذا در اختلال خوردن، کندن مو در تریکوتیلومانیا^۲، نگرانی در مورد ظاهر در اختلال بدریختی بدن^۳، اشتغال ذهنی با داروها در اختلال مصرف مواد، اشتغال ذهنی با یک</p> |

^۱.Thought insertion

^۲.Trichotillomania

^۳.Dismorphophobia

| |
|--|
| بیماری وخیم در خود بیمار انگاری، اشتغال ذهنی با انگیزه ها و تخیلات جنسی در زمینه یک پارفلیا ^۱ ، یا نشخوار ذهنی با محتوای احساس گناه در اختلال افسردگی اساسی). |
| ث) علایم مذکور، ناشی از تاثیر مستقیم یک ماده (مثل مواد مورد سوء مصرف یا داروها) یا یک اختلال طبی عمومی نباشد. |
| با بینش ضعیف: اگر در قسمت عمده دوره اخیر، شخص افراطی یا غیر منطقی بودن افکار و اعمال وسواس را تشخیص نمی دهد (۲). |

اختلال وسواس فکری - عملی طی چندین دهه، یکی از مقاوم ترین بیماری های روانی نسبت به درمان به شمار می رفت (۳۹). تا همین اواخر یعنی دهه ۱۹۸۰ اختلال وسواس، اختلالی نه چندان شایع با پاسخ ضعیف نسبت به درمان تلقی می شد. امروزه معلوم شده است که اختلال وسواس شایع تر از آن است که تصور می شد و خیلی حساس به درمان است (۲) پیشرفت های به دست آمده در درمان رفتاری و دارویی در سه دهه ی اخیر درمان این بیماری را بهبود بخشیده است. درمان اختلال وسواس فکری - عملی نمونه ای از اثرات مثبتی است که پژوهش های امروزی می تواند در زمان کوتاه روی یک اختلال داشته باشد.

الگوهای علائم وسواس فکری - عملی

تشریفات و رفتار اجتنابی به دلیل ماهیت قابل مشاهده خود، آشکارترین ویژگی وسواس فکری - عملی می باشند. تشریفات اجباری در قالب رفتاری و ذهنی اشکال گوناگون دارد و اغلب درمانجویان بیش از یک نوع از این اجبارها را دارا هستند. علائم هر بیمار ممکن است با گذشت زمان همپوشی پیدا کرده یا تغییر یابد؛ اما بطور کلی اختلال وسواس فکری - عملی چند الگوی عمده دارد:

شستشو و پاکیزگی

مشهورترین شکل بالینی تشریفات وسواسی، شستشو و پاکیزگی است، که جهت از بین بردن آلودگی از یک منبع خاص مثل میکروب ها و یا مواد شیمیایی طراحی شده اند. آلودگی با میزان ۵۰ درصد شایع ترین وسواس فکری است و رفتار جبری شستشو با میزان ۵۰ درصد پس از واریسی کردن (با میزان ۶۱ درصد) قرار دارد (۴۰). بطور شاخص، بیمار از بعضی از پیامدهای عمومی یا ویژه

^۱.Paraphilia

آلودگی از قبیل بیمار شدن یا مردن و یا آلوده کردن دیگران می ترسد. در این گونه موارد، بیمار درباره ی هر نوع آلودگی یا میکروب ناشی از چیزهای معینی نظیر ادرار، مدفوع، منی، فضولات حیوانات، پنبه نسوز، گرد و غبار و اشیا دیگری از این قبیل وسواس دارد، و برای فرار از چنگ آنها به شستشو و تشریفات تمیز کردن وسواسی می پردازد. در این قبیل موارد شستشو و تمیز کردن ممکن است بسیار شدید باشد، برای مثال شستن دست بیش از صد بار در روز، استفاده از مقادیر زیادی مواد ضد عفونی، استعمال صدها برگ کاغذ توالت، دوش گرفتن های درازمدت چند ساعتی، شستن و تمیز کردن میز و صندلی ها و کف اتاق به دفعات مکرر در روز و انجام اعمال دیگری از این قبیل. عللی هم که بیمار برای انجام اعمال خود ذکر می کند، متفاوت است. غالباً خلاص شدن از چنگ میکروب و آلودگی است، که گاه بنظر بیمار مولد بیماری وخیم نظیر سرطان است. موارد دیگری هم هست که بیمار به این علت دست به عملیات میکروب زدایی می زند تا از گسترش میکروب و آلوده شدن دیگران جلوگیری کند (۴۱) هر چند اضطراب شایعترین پاسخ هیجانی به شیء ترساننده است، شرم و نفرت وسواسی نیز شایع است (۲).

برخی از بیماران اظهار می دارند علت اصلی انجام چنین اعمالی فقط این است که از اضطراب های شدید و حمله های وحشتزدگی که در صورت دست نزدن به آن اعمال گرفتارش می شوند اجتناب کنند. اجتناب ممکن است بسیار شدید باشد. برای مثال بیمار از لمس کردن اشیایی که دیگران به آنها دست زده اند پرهیز می کند از جمله: به دستگیره درها دست نمی زند، از تلفن و دستشویی های عمومی استفاده نمی کند، روی صندلی هایی که کسی روی آنها نشسته بوده نمی نشیند، اگر هم اجبار داشته باشد این کار را انجام دهد، پارچه، حوله، و یا روزنامه روی آنها می اندازد، و یا روی لبه آنها می نشیند. در موارد بسیار حاد بیمار از همه جا و همه چیز به استثنای خانه خودش اجتناب می کند. به طور کلی روی دست های بسیاری از بیماران مبتلا به وسواس شستشو، نشانه های آشکار شستن های مکرر و افراطی است. این گونه شستن های مکرر موجب از بین رفتن چربی طبیعی پوست شده و غالباً دست های آنان را به ویژه در لای انگشتان دچار خشکی می سازند (۴۱)

بیماران مبتلا به وسواس آلودگی معمولاً معتقدند که آلودگی از یک شیء به شیء دیگر، از فردی به فرد دیگر با تماس جزئی انتشار می یابد (۲). در کشور ما با توجه به بافت مذهبی آن زیرگونه ای از وسواس شستشو به نام نجاست نیز وجود دارد که میزان شیوع بالایی دارد (۴۰).

وارسی

تظاهرات معمول دیگر وسواس، تشریفات وارسی می باشد. کسانی که گرفتار وسواس وارسی و بازبینی هستند دومین گروه بالینی افراد مبتلا به وسواس فکری- عملی را تشکیل می دهند. در این گروه تعداد مردان و زنان تقریباً مساوی است. این بیماران گرفتار مراسم و تشریفات وسواس وارسی هستند (۴۱) این تشریفات با هدف جلوگیری از فاجعه های ویژه از قبیل دزدی، آتش سوزی، آسیب به شخص، شرمندگی اجتماعی و یا طرد طراحی شده اند. موقعیت های مورد وارسی بطور مستقیم به ترس های وسواسی مربوط می شوند. بنابراین ترس های ابراز شده توسط بیماران وسواسی شکل افراطی نگرانی های معمولی می باشد (۴۲).

الگو و نمونه رفتارهای این افراد این است که به دفعات مکرر چیزهایی از قبیل شیر گاز، اجاق گاز، وسایل برقی، کلیدهای برق، قفل ها، دریچه ها، کمد ها، گنجینه ها، کتوها، پوشه ها و پرونده ها را وارسی می کنند. بسیاری از آنان تعداد زیادی از این قبیل اشیاء برای وارسی کردن دارند. وارسی و بازبینی کردن با وسواس توأم است و همراه با شک کردن ظاهر می شود. برای مثال: « شیر گاز را بسته ام» یا «اجاق گاز روشن مانده» یا «درها را قفل نکردم» و فکریایی از این قبیل. این شک و تردیدها و نگرانی ها همچنان وجود آنان را فرا می گیرد تا اینکه موفق به انجام وارسی و بازبینی های مکرر شوند. در نظر آنان یکبار وارسی کافی نیست، بلکه باید به دفعات مکرر این کار را انجام دهند (چه بسا که تعداد این دفعات، ثابت و معین است) اما با وجود تکرارها، بعضی از بیماران همچنان احساس عدم رضایت دارند. معمولاً وارسی کردن وقت گیر است و اگر توجه دیگران جلب شود آشفته کننده است، و مانع کار و فعالیت فرد می شود (۴۱)

وارسی همچنین می تواند در پاسخ به ترس از آلودگی هم صورت گیرد؛ مثلاً در مورد بیماری که سر دختر خود را برای پیدا کردن شپش وارسی می کرد. تشریفات مکرر می تواند شبیه افکار خرافی گردد که در آن اعمال معمولی (عبور از آستانه در، لمس چیزی، نشستن و بلند شدن، گره زدن بند کفش و غیره) جهت جلوگیری از یک فاجعه تخیلی (مثلاً مرگ شخص مورد علاقه در تصادف، زندانی شدن و...) صورت می گیرد (۴۲).

اکثریت وارسی کننده ها کوشش دارند خاطر جمع شوند که علتی جهت آسیب به خود و دیگران برجا نگذاشته باشند. ترس آنان این است که وارسی نکردن های دقیق که احساس می کنند باید انجام دهند، ممکن است بدبختی عظیمی را موجب شود. لوله کش جوانی وسواس داشت که هر کاری را انجام داده است بارها وارسی کند تا از صحت کار خود اطمینان حاصل نماید، حتی اگر آن کار بسیار

هم جزئی بود. اگر این عمل را انجام نمی داد، احساس می کرد همه لوله ها خواهند ترکید و ساختمان غرق آب خواهد شد. در بعضی موارد فاجعه هایی که موجب ترس می شوند نامربوط به موضوع وسواس بوده و با رفتار فرد هیچ پیوندی ندارد. در حالیکه بسیاری از کسانی که مبتلا به وسواس واریسی کردن هستند نگران اموری از قبیل قفل کردن در و یا بستن شیرگاز هستند که بسیاری از مردم عادی هم (نه به این شدت) آنها را واریسی می کنند. بعضی از آنان نگران اموری هستند که کمتر مورد توجه دیگران قرار می گیرد. بیماری ممکن است همه صندلی ها را بازرسی نماید که نکند روی آنها سوزن، خرده شیشه و یا سایر اشیا نوک تیز وجود داشته باشد. یا برای مثال مرد جوانی، به هر زبانه دانی که می رسید به صورت وسواسی آن را واریسی می کرد که مبدا در آن جسدی باشد (۴۱).

این بیماران دارای احساس مسئولیت شدید هستند و احساس می کنند که بر عهده آنهاست که از وقوع هر گونه لغزش و خطا، یا بدبختی و بلا جلوگیری کنند و بنابراین برای اجتناب از آن ناملایمات می باید به واریسی ها و تشریفات بازبینی دست بزنند. هرگاه به طریقی احساس مسئولیت از آنان سلب شود، واریسی و بازبینی وسواسی آنان نیز کاهش می یابد و یا بکلی متوقف می گردد. چنین افرادی اگر برای درمان در بیمارستان بستری شوند، در روزهای اول نوعاً کمتر یا به هیچ وجه این گونه رفتارهای وسواسی را از خود نشان نمی دهند. لیکن با ماندگار شدن در بیمارستان بار دیگر احساس مسئولیت به سراغ آنان می آید و خود را مسئول امنیت آن بخش از بیمارستان می دانند و واریسی های آنان از سر گرفته می شود (۴۱).

افکار مزاحم

سومین الگوی شایع افراد وسواسی، افکار مزاحم بدون اعمال وسواسی است. این افکار وسواسی معمولاً افکار تکراری نوعی عمل جنسی یا پرخاشگرانه است که بیمار آنها را قابل سرزنش می داند. (۲)

در این بیماران خصوصیت کلی اختلال وسواس رویدادهایی سراسر ذهنی است و هیچ گونه تشریفات عملی آشکار ندارند. برخی از آنان گرفتار افکار وسواسی هستند که به میان افکارشان وارد می شود و به صورت تکراری روی داده و باعث اضطراب و ناراحتی بیمار می شود. در بعضی از بیماران، این وسواس ها با وسواس ها یا تشریفات ذهنی ناآشکار که از جهت احساس اجبار نیرومند، مشابه تشریفات رفتاری آشکارند، همراه می شوند. شمارش ذهنی اعداد، دعا خواندن، تکرار ذهنی

کلمات و عبارات معین، تجسم تصاویر دیداری معین و مطالب ذهنی دیگری از این قبیل، نمونه‌ای از تشریفات وسواس فکری هستند (۴۱)

تقارن

چهارمین الگوی شایع، نیاز برای تقارن و دقت است که می‌تواند به کندی وسواسی منجر شود. چنین بیمارانی ممکن است ساعت‌ها وقت صرف خوردن غذا یا اصلاح صورت خود کنند (۲) تشریفات نظم و ترتیب باعث می‌شود فرد جهت تعادل ارضا کننده، اشیا را در مکان‌ها و وضعیتهای خاص قرار دهد. این تشریفات جهت تسکین احساس کلی تشویش و ترس صورت می‌گیرد نه به خاطر جلوگیری از یک فاجعه‌ی ویژه (۴۲).

کندی

یک مقوله نادر تحت عنوان (کندی وسواسی) توسط راجمن و هاجسون (۴۳) پیشنهاد شده است. آنها از درمانجویانی سخن می‌گویند که فعالیت‌های مربوط به آرایش روزمره آنها با دقت وسواس گونه‌ای صورت می‌گرفت که مستلزم ساعت‌ها صرف دقت بود. از آنجا که چنین رفتارهایی به طور معمول با اضطراب یا سایر هیجان‌های منفی ارتباطی نداشت، بنظر می‌رسید که آنها نوع غیر شاخصی از اختلال وسواس فکری - عملی بودند (۴۲).

بیشتر بیماران مبتلا به وسواس بر اثر تشریفات وسواسی تکراری، بسیار کند عمل می‌کنند، ولی در گروه اخیر (که بیشتر مرد هستند) این کند شدن، نشانه اولیه است نه اینکه ناشی از تشریفات وسواسی باشد. بیمار ممکن است نیم ساعت صرف مسواک زدن کند، مدت یک ساعت ریش بتراشد، چهار ساعت دوش بگیرد و نظایر آن. معمولاً بیشتر کارهایی به کندی صورت می‌گیرد که یا مربوط به امور شخصی هستند و یا جزء اعمال ساده روزمره‌اند. روشن است که این نوع کندی در شکل افراطی آن زندگی شغلی را غیر ممکن می‌سازد. (۴۱)

در یک مورد بسیار حاد از کندی وسواسی، در اول صبح بیمار شش ساعت وقت صرف می‌کرد تا حمام کند، سر و صورت خود را صفا دهد و لباس بپوشد. برای تراشیدن صورت احساس می‌کرد باید هر یک از موهای ریشش را یکی یکی بتراشد؛ هر دو بند کفش باید هم اندازه تنظیم شود و دارای گره‌های دوچشمی کاملاً مشابه باشد. اعمال مربوط به استحمام و لباس پوشیدن او به بخش - های کوچک بی‌شمار تقسیم شده بود، و هر بخش از آن می‌بایستی هر روز به طرز یکنواخت و معین

و به درستی انجام شود. در کندی وسواسی، فرد به ندرت از اجرای اعمال وسواسی بسیار دقیقش خودداری می کند. این اختلال معمولاً در اوایل بزرگسالی به وجود می آید و به تدریج مزمن می شود و به درجات گوناگون کارایی شخص را کم می کند. این بیماران گوشه گیر و منزوی هستند (۴۱).

این نوع وسواس، درمانی جدا از درمان های مناسب برای وسواس ها و اجبارهای ناشی از اضطراب را طلب می کند. راجمن و هاجسون روشی مبتنی بر کاهش تدریجی زمان صرف شده بر فعالیت های ویژه ای از قبیل مسواک زدن، شانه کردن مو، شستشو و مشابه آنها را در درمان این نوع از وسواس بکار گرفته اند (۴۲).

تردید

نامصمم بودن^۱ یکی از خصوصیات است که در بسیاری از بیماران مبتلا به وسواس اضطرابی مشاهده می شود. وسواس شک و تردید، با اقدام جبری برای امتحان کردن دنبال می شود. فکر وسواسی معمولاً متضمن یک خطر یا خشونت است. این خصوصیات بیشتر در واریسی کننده ها وجود دارد که غالباً وسواس آنها به صورت شک کردن ظاهر می شود و همچنین در کسانی که تشریفات وسواسی دارند، نیاز به تصمیم گیری غالباً موجب بروز شک های وسواسی، واریسی های مربوطه و رفتارهای وسواسی دیگر در این بیماران می گردد. در موارد حاد، مشکل تصمیم گیری موثر موجب می شود بیمار، نه فقط در تصمیم های عمده بلکه حتی در مورد امور پیش پا افتاده روزمره نیز غیرفعال بماند. (۴۱) چنین بیمارانی عدم اعتماد به نفس وسواس گونه داشته و همیشه بخاطر فراموش کردن یا ارتکاب چیزی احساس گناه می کنند (۲).

احتکار

گرچه گرین برگ^۲ (۴۴) وسواس احتکار را از سایر انواع وسواس جدا کرده است. به نظر می رسد که جمع کردن یا نگهداری افراطی اشیا نیز نوعی از تشریفات باشد. که جهت جلوگیری از فقدان احتمالی اشیا یا اطلاعات مهم صورت می گیرد (۴۲).

در این گونه وسواس، بیمار احساس اجبار به گردآوری تعداد زیادی اشیا بی اهمیت دارد، و دور ریختن آنها برایش کاری مشکل است. اشیا ذخیره شده اغلب شامل اطلاعات نوشتاری (از قبیل روزنامه، مجله، بریده های کاغذ، اسناد و قبوض) است. برای مثال روزنامه های قدیمی و اسناد کهنه را

^۱.Indecisiveness

^۲.Greenberg

از خود دور نمی‌کند، زیرا نگران است که مبادا حاوی مطالب مهمی باشند. بعضی بیماران در این کار افراط بیشتری به خرج می‌دهند و برای نگهداری مجموعه عظیم خود از جعبه‌های متعدد استفاده می‌کنند و اتاقی را هم به این کار اختصاص می‌دهند و هر پیشنهادی برای دور ریختن و رها شدن از آنها با مخالفت شدیدشان روبرو می‌شود (۴۱).

سایر اشکال وسواس

بیمارانی نیز هستند که نمی‌توان اختلال آنها را در طبقه‌بندی خاصی گنجانده. در این گروه تعداد مردان و زنان یکسان است. بعضی از آنها کارهای معینی را بصورت تکراری انجام می‌دهند، برای مثال، بارها لباس پوشیدن و لباس از تن در آوردن، عده‌ای هم باید کارها را به طریقی خاص انجام دهند، هر مرحله و هر گام باید در جای معین و با توالی معین در مجموعه رفتارهای شخص به اجرا درآید. بعضی از آنان گرفتار لمس کردن وسواسی می‌شوند مانند لمس کردن گوشه‌های اتاق، لمس کردن با یک دست و تکرار آن با دست دیگر و اطمینان از اینکه مدت لمس کردن هر دست نظیر دست دیگر است. دلایلی که برای این اعمال ذکر می‌کنند کاملاً مشابه دلایل بیمارانی است که به واریسی کردن وسواسی مبتلا هستند. (۴۱)

وسواس جالب دیگر تهیه کردن فهرست است. بیمار برای کارهایی که باید انجام دهد، چیزهایی که باید بخرد، نام کسانی که باید به آنها تلفن کند و غیره، فهرست تهیه می‌کند و همه‌ی اینها به کلی دور از عقل سلیم است.

وسواس‌های آشکار دیگر عبارتند از: تکمیل کردن چیزها، مرتب کردن اشیاء، نگاه کردن به اشیاء از زاویه خاص، یا خیره شدن به اشیاء معین، رنگ‌های معین و نظایر آن. نوع بسیار رایج دیگر ایجاد ناراحتی شدید در شخص به سبب وقفه در کارهایش بر اثر عوامل مخل نامطلوب است.

تشریفات ذهنی یا اجبارهای شناختی گزارش شده توسط بعضی از بیماران نیز جهت کاهش تشویش و ناراحتی برانگیخته شده توسط ترس‌های وسواسی طراحی شده‌اند. مثال‌ها شامل شمارش، وردخوانی صادقانه جهت بخشیده شدن یک خطا، فراهم کردن فهرست ذهنی جهت اجتناب از فراموشی حوادث مهم، و ایجاد تجسم‌های اصلاحی بر علیه تجسم‌های فاجعه‌آمیز (تجسم مادر در حال قدم زدن در خیابان جهت خاموش کردن تجسم مادر بر روی تخت بیمارستان) می‌باشد، از آنجا که آنها رفتارهای آشکاری نیستند. تشریفات ذهنی گزارش نمی‌شوند مگر آنکه از درمانجویان بطور ویژه‌ای در این مورد سوال گردد. سایر اشکال رفتارهای اجباری شامل درخواست مکرر برای اطمینان

گرفتن از «افراد ماهر» یا اعضای خانواده می باشد. در پاره ای موارد ممکن است چهره اصلی بیماری نه انجام عمل وسواسی معین، بلکه اجتناب و احتراز از چیزی باشد، مثل اجتناب از عدد معین یا رنگ بخصوص (۴۲).

همه گیر شناسی^۱

اختلالات اضطرابی شایع ترین اختلالات روانی در جمعیت عمومی هستند و تقریباً از هر چهار بزرگسال یک نفر را در ایالات متحده مبتلا می کند (۴۵). مطالعات انجام شده در ایران نیز این اختلالات را شایع ترین دسته اختلالات روانپزشکی یافته اند (۴۶). اختلال وسواس فکری - عملی نیز یکی از اختلالات اضطرابی شدید و ناتوان کننده است. شیوع اختلال وسواس فکری - عملی در طول عمر در جمعیت کلی ۲ تا ۳ درصد تخمین زده می شود. تخمین های شیوع در طول عمر بین زن ها و مرد ها از ۱/۲ (در پورتوریکو) تا ۳/۸ (در نیوزلند) متفاوت است. در جمعیت بالینی این نسبت معمولاً یک است. در نمونه های جامعه، بین ۲۰ تا ۶۰ درصد افراد فقط وجود افکار وسواسی را گزارش می کنند، این یافته ها در تضاد با کسانی است که به کلینیک های روانپزشکی ارجاع می شوند و ۷۰ تا ۹۴ درصد موارد وجود افکار و اعمال وسواسی توأم را گزارش می کنند (۴۷). پژوهش ها نشان می دهد میزان شیوع اختلال وسواس فکری - عملی در بسیاری از فرهنگ های گوناگون دنیا شبیه یکدیگر است (۱).

بعضی از پژوهشگران تخمین زده اند که بین بیماران سرپائی کلینیک های روانپزشکی میزان شیوع این اختلال تا ۱۱ درصد می رسد. پژوهش ها نشان می دهد میزان شیوع اختلال وسواس فکری - عملی در بسیاری از فرهنگ های گوناگون دنیا شبیه یکدیگر است (۱).

این ارقام اختلال وسواس فکری - عملی را پس از فوبی ها، اختلالات وابسته به مواد و اختلالات افسردگی در ردیف چهارم شایع ترین تشخیص های روانپزشکی قرار می دهد (۲) بین بزرگسالان احتمال ابتلا مرد و زن یکسان است. معهذ این نوجوان ها، پسر ها بیشتر از دختر ها به اختلال وسواس جبری مبتلا می شوند. اختلال وسواس فکری - عملی معمولاً در کودکی یا اوایل بزرگسالی آغاز می شود و غالباً با سیر مزمن خود تاثیر منفی شدیدی بر کارکرد روانی - اجتماعی و شغلی بیمار دارد (۴۸، ۴۹).

^۱.Epidemiology

میانگین سن شروع حدود ۲۰ سالگی است. هر چند در مردها سن شروع کمی پایین تر (حدود ۱۹ سالگی) از زن ها (حدود ۳۲ سالگی) است. در مجموع، تقریباً در دو سوم بیماران شروع علائم قبل از ۲۵ سالگی است و در کمتر از ۱۵ درصد موارد علائم پس از ۳۵ سالگی شروع می شود. افراد مجرد بیشتر از افراد متأهل به این اختلال مبتلا می شوند (۲).

مطالعات انجام شده در ایران شیوعی در حدود ۱/۸ درصد از جمعیت عمومی بزرگسال ایرانی برآورد کرده اند (۴۶).

هم ابتلائی^۱

در بزرگسالان، اختلال وسواس فکری - عملی ممکن است با اختلال افسردگی عمده، برخی از سایر اختلال های اضطرابی (هراس مشخص، هراس اجتماعی، اختلال وحشت زدگی، اختلال اضطراب منتشر)، اختلال های خوردن، و برخی از اختلال های شخصیت (مانند اختلال شخصیت وسواسی - جبری، اختلال شخصیت وابسته) همراه شود (۱).

میزان شیوع اختلال افسردگی اساسی در طول عمر در مبتلایان به اختلال وسواس فکری - عملی ۶۷ درصد و میزان شیوع فوبی اجتماعی در گروه اخیر ۲۵ درصد است (۲) در کودکان ممکن است همچنین با اختلال های یادگیری و اختلال های رفتار ایدایی مربوط باشد. میزان بروز اختلال وسواس فکری - عملی در کودکان و بزرگسالان دچار اختلال تورت بالا است.

در مبتلایان به اختلال تورت، تقریباً در ۳۵ تا ۵۰ درصد موارد اختلال وسواس فکری - عملی وجود دارد. میزان بروز اختلال تورت در اختلال وسواس فکری - عملی پایین تر است و تقریباً ۵ تا ۷ درصد برآورده می شود. بین ۲۰ تا ۳۰ درصد از مبتلایان به اختلال وسواس فکری - عملی تیک های جاری یا قبلی را گزارش کرده اند (۱).

سبب شناسی اختلال وسواس فکری - عملی

علت واقعی اختلال وسواس فکری - عملی به طور کامل کشف نشده است و مانند سایر بیماری های روانی، تحقیقات زیادی باید در این زمینه انجام شود تا علت واقعی این نوع بیماری ها آشکار شوند. اختلال وسواس فکری - عملی همانند سایر بیماری های روانی نتیجه ترکیب عوامل مختلف زیستی (ژنتیکی)، روانی و اجتماعی می باشد. با این حال افراد مختلف با علایم و نشانه های

^۱.comorbidity

متفاوت می‌توانند ترکیب گوناگونی از عوامل را داشته باشند و همین امر، شناخت و مشخص کردن علت بیماری را بسیار پیچیده می‌کند (۵۰).

عوامل زیست شناختی اختلال وسواس

ناقل های عصبی

آزمایش بالینی بسیاری که با داروهای مختلف به عمل آمده تایید کننده این فرضیه است که بی-نظمی سیستم سروتونین در پیدایش افکار و اعمال وسواسی دخیل است. داده‌ها حاکی است که داروهای سرتونرژیک موثرتر از داروهایی هستند که بر سایر سیستم‌های نوروترانسمیتر موثر واقع می-گردند، معه‌ذا، اینکه سروتونین در علت اختلال وسواس فکری-عملی هم دخیل است یا خیر فعلاً معلوم نیست (۲) مطالعات بالینی غلظت متابولیت‌های سروتونین مثلاً ۵-هیدروکسی ایندول استیک اسید را در مایع مغزی نخاعی و میل ترکیبی و تعداد مکان‌های وابستگی پلاکتی ایمی پرامین حاوی تریتیوم (که به مکان‌های جذب مجدد سروتونین وابستگی پیدا می‌کند) را ارزیابی کرده و یافته‌های متفاوتی از این معیارها در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی گزارش کرده‌اند. مطالعات به این نتیجه رسیده‌اند، بیمارانی که به کلومپیرامین پاسخ می‌دهند، قبل از درمان در مقایسه با بیمارانی که به آن پاسخ نداده‌اند، سطوح بالای متابولیت سروتونین، ۵-هیدروکسی ایندول استیک اسید (5-HIA) در CSF دارند (۵۱).

مطالعات تصویرگیری از مغز

انواعی از مطالعات کارکردی تصویرگیری از مغز- مثلاً توموگرافی با نشر پوزیترون^۱- افزایش فعالیت (مثلاً متابولیسم و جریان خون) در لوب‌های پیشانی، هسته‌های قاعده‌ای (به خصوص هسته دم دار)، و سینگولوم بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی پیدا کرده‌اند. گفته می‌شود که درمان دارویی و رفتاری این نابهنجاری‌ها را باز می‌گرداند. داده‌های به دست آمده از مطالعات کارکردی تصویرگیری از مغز با داده‌های حاصل از مطالعات ساختاری تصویرگیری از مغز هماهنگ هستند. هم مطالعات توموگرافی کامپیوتری و هم تصویرسازی با رزونانس مغناطیسی^۲ کاهش اندازه هسته‌های دم دار را در دو طرف در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی پیدا کرده‌اند. هم مطالعات کارکردی و هم ساختاری تصویرگیری از مغز در عین حال

^۱.Positron emission tomography

^۲.Magnetic rrsonance imaging

با این مشاهدات که روش های نورولوژیک روی سینگولوم، گاهی در درمان بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی موثر است، هماهنگ می باشد (۲)

ژنتیک

داده های ژنتیک در مورد اختلال وسواس فکری- عملی با این فرضیه هماهنگ است که وراثت این اختلال یک جزء ژنتیک قابل ملاحظه دارد. معهذاً، این داده ها هنوز تاثیر عوامل فرهنگی و رفتاری را در انتقال اختلال مشخص نکرده اند (۲)

اختلال وسواس فکری- عملی در ۵ تا ۷ درصد والدین مبتلایان به این اختلال مشاهده شده است (۵۲). مطالعات تطابقی در دوقلوها برای اختلال وسواس فکری- عملی به طور ثابت میزان تطابق بالاتر دو قلوهای یک تخمکی را در مقایسه با دو تخمکی نشان داده اند (۱۰). مطالعات خانوادگی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی نشان داده است که ۳۵ درصد بستگان درجه اول بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی دچار این اختلال هستند.

سایر داده های زیست شناختی

از مطالعات الکتروفیزیولوژیک، مطالعات الکتروانسفالوگرام^۱ خواب و مطالعات نوروآندوکراین، داده هایی به دست آمده است که حاکی از وجود مشترکات بین اختلال وسواس فکری- عملی و اختلالات افسردگی است. در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی نابهنجاری های بالاتر از حد معمول در الکتروانسفالوگرام مشاهده می شود. در مطالعات الکتروانسفالوگرام خواب نابهنجاری- های مشابه آنچه در اختلال افسردگی دیده می شود، مثل کاهش زمان نهفتگی در خواب با حرکات سریع چشم^۲، مشاهده شده است (۲)

عوامل رفتاری

طبق نظریه یادگیری فکری وسواسی محرک های شرطی هستند، یک محرک نسبتاً خنثی از طریق فرایند شرطی شدن پاسخگر و یا جفت شدن با رخدادهایی که طبیعتاً مضر و اضطراب برانگیز هستند با ترس و اضطراب پیوستگی پیدا می کند. به این ترتیب افکار و اشیاء سابقاً خنثی به محرک- های شرطی ای که قادر به برانگیختن اضطراب و ناراحتی هستند، تبدیل می گردند.

^۱.Electroencephalography

^۲.Rapid eye movement

عمل وسواسی به گونه ای متفاوت پدید می آید. شخص در می یابد که عمل خاصی موجب کاهش اضطراب وابسته به یک فکر وسواسی می گردد. رهایی و آرامش حاصل از رفع اضطراب - که به عنوان سائق منفی عمل می کند - در نتیجه وقوع عمل وسواسی، موجب تقویت این عمل می شود. تدریجاً این عمل به علت مفید بودن در کاهش یک سائق دردناک ثانوی (اضطراب) به صورت یک الگوی رفتاری آموخته شده ثابت درمی آید.

تئوری یادگیری مفاهیم مفید برای توضیح برخی از جنبه های پدیده وسواسی - جبری ارائه می - کند، مثل، قدرت اضطراب انگیزی افکاری که لزوماً ترساننده نیستند و برقراری الگوهای وسواسی رفتار (۲)

عوامل روانی - اجتماعی

عوامل شخصیتی

اختلال وسواسی - جبری از اختلال شخصیت وسواس - جبری متفاوت است. اکثریت بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی علائم جبری پیش از بیماری ندارند، بنابراین، چنین صفاتی برای پیدایش اختلال وسواس فکری - عملی نه لازم و نه کافی است. فقط حدود ۱۵ تا ۳۵ درصد این بیماران دارای صفات وسواسی قبل از بیماری بوده اند (۲)

عوامل روان پویایی

فروید در آثار اولیه خود مطرح کرد که نشانه های وسواسی، نشانگر برگشت به مرحله مقعدی - آزارگرانه^۱ پیش تناسلی رشد است و مشخصه آن تعارض بین پرخاشگری و سلطه پذیری، کثیفی و تمیزی، نظم و بی نظمی است. در ضابطه بندی های بعدی روان پویایی فرض بر آن است که بیماران وسواسی، مرزهای «من ضعیفی» دارند و بنابراین ممکن است در مرحله «پیش روان پریشی» قرار گرفته باشند (۵۳).

در نظریه روانکاوی کلاسیک اختلال وسواسی - جبری، نوروز وسواسی - جبری^۲ نامیده می شود و پسرقتی از مرحله ادیپال رشد روانی جنسی به مرحله مقعدی تلقی می شود. این بیماران از انتقام و فقدان شی محبوب مهم ترسیده و از وضعیت ادیپال پس کشیده و به مرحله هیجانی مشخص با احساس دوگانه شدید که با مرحله مقعدی رابطه دارد، عقب نشینی می کنند. دوگانگی احساس به

^۱. Anal -Sadistic

^۲. Obsessional neurosis

شکافتگی پیوند ملایمی که بین سائق های جنسی و پرخاشگری مختص مرحله ادیپال وجود دارد، مربوط است (۲)

مدل های مفهومی اختلال وسواس فکری - عملی

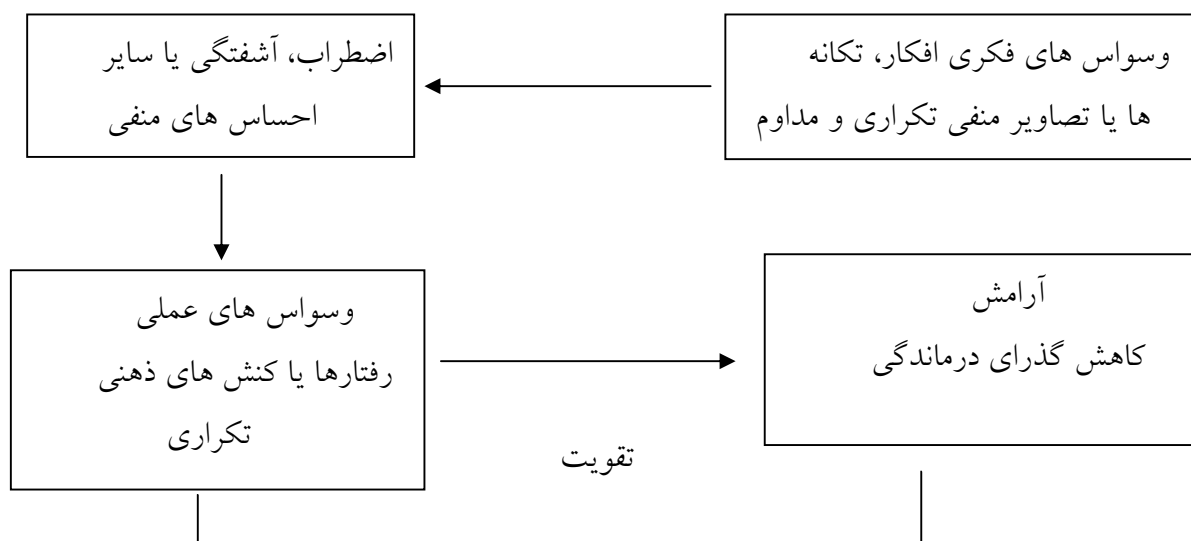
مدل رفتاری وسواس

اولین نظریه های رفتاری وسواس بر این مبنا بودند که وسواس ممکن است از نظریه دو عاملی ماورر برای شکل گیری و تداوم ترس پیروی کند (۵۴). براساس این نظریه، اضطراب با رخداد های ذهنی (مانند افکار یا تصاویر) شرطی می شود (شرطی سازی کلاسیک) و وسواس های عملی در تلاش برای کاهش آشفتگی ناشی از این افکار انجام می شوند (۵۵، ۵۶، ۵۷). در طی زمان، وسواس عملی به علت توانایی اش برای کاهش آشفتگی، تقویت منفی می شود. هرچه وسواس عملی در کاهش آشفتگی موفق تر باشد، قدرتمندتر خواهد شد (شرطی سازی کنشگر). پاسخ های وسواسی ممکن است از طریق آزمون و خطا شکل گیرند، اما به عقیده ماور این پاسخ ها در گنجینه الگوهای رفتاری فرد وجود دارند. مثلاً مادری که کودکش را به خاطر کثیفی دستش تنبیه می کند، به او یاد می دهد که برای اجتناب از تنبیه دست خود را بشوید. پس شستن دست، علاوه بر زوال آلودگی، در حکم اجتناب از تنبیه یا ترس عمل می کند و اطمینان و راحتی خیال در پی می آورد و این ایمنی خاطر بعدها می تواند خصوصیات بازداری ترس را همچنان حفظ کند، اگر چه دست او کثیف نباشد (۵۸). شکل ۱ چرخه معیوب وسواس فکری - عملی را نشان می دهد (۵۹).

اگر چه نظریه رفتاری وسواس، نتوانست ایجاد پدیده های وسواسی را به خوبی تبیین کند، اما برای تداوم این پدیده ها توضیحی جذاب ارائه داد. شواهد تجربی قابل توجهی وجود داشت که نشان می داد وسواس فکری خصوصیات شبیه هراس دارد. وسواس عملی اغلب باعث رهایی موقت از وسواس های فکری آشفته کننده می شود. بعلاوه درمان رویارویی و جلوگیری از پاسخ ماورر، با تغییراتی، درمان بسیار موثر برای وسواس بود (۶۰).

موثرترین شکل رفتار درمانی وسواس، یعنی رویارویی و جلوگیری از پاسخ، شامل تحریک ترس های وسواس فرد (رویارویی) و تشویق همزمان او برای انجام ندادن وسواس های عملی است (جلوگیری از پاسخ) (۴۸، ۵۵، ۵۷). با رویارویی های مکرر، اضطراب از طریق فرایند خوپذیری خودکار از بین می رود. بعلاوه تکمیل موفقیت آمیز رویارویی ها باعث تسهیل ایجاد و اندوزش اطلاعات شناختی تصحیح گر مرتبط با وضعیت ترس آور می شود. به بیان دیگر، وقتی اضطراب بیماران از بین می رود، می آموزند که ترس آنان از پیامدهای ترسناک انجام ندادن آیین ها بی دلیل بوده

است (۴۸، ۵۵، ۵۷). این تغییر بر اثر رو به رو شدن با محرک های وسواس به دست می آید و باعث می شود اطلاعات جدید وارد ساختار اطلاعاتی آنها شود. این اطلاعات جدید ساختار قبلی را فعال می کند، اما با برخی از عناصر قبلی ناهمخوان است، به این ترتیب ساختار ترس بر اثر رویارویی تغییر می کند. در این مدل ابتدا «خوپذیری فیزیولوژیک»^۱ و در پی آن «خوپذیری شناختی»^۲ رخ می دهد (۵۳).



شکل ۱- ۲ چرخه معیوب وسواس فکری- وسواس عملی؛ بر گرفته از: پیاسنتینی و لنگلی (۵۹).

در دهه ۱۹۸۰، با انتشار اثر راجمن و هاجسون درباره وسواس، با عنوان «وسواس ها و اجبارها»، ناهماهنگی هایی در توضیح رفتاری وسواس رخ نمود. شواهد نشان می داد:

- اغلب وسواس های ناشی از یادگیری آسیب زا نیستند.
- ممکن است چندین وسواس هم زمان با هم رخ دهند.
- ممکن است محتوا و کانون وسواس ها دائماً تغییر کند.

در بعضی موارد وسواس های عملی ناآرامی ذهنی ناشی از وسواس را کم نمی کنند و حتی ممکن است بر آن بیفزایند.

عواملی مانند حضور درمانگر می تواند تجربه بیمار از وسواس را تغییر دهد. توزیع محتوای وسواس ها غیر تصادفی است. برخلاف آنچه تصور می شود، شدت وسواس های فکری بدون وسواس

^۱.Physiological habituation

^۲.Cognitive habituation

عملی آشکار، بیشتر از وسواس های فکری همراه با وسواس عملی است. به سختی می توان این ویژگی های وسواس را با مدل رفتاری متداول این اختلال تطبیق داد. وجود این کاستی ها و همچنین حضور ناآشکار شناختارهای ناکارآمد در وسواس، به این نتیجه انجامید که پدیده های وسواسی را نمی توان به طور کامل با نظریه رفتاری توضیح داد و در نتیجه، جنبه های شناختی در نظریات و پژوهش های مربوط به وسواس بیشتر مورد توجه قرار گرفت (۴، ۵۵، ۵۷، ۶۰).

نظریه های شناختی وسواس فکری - عملی

در رفتار درمانی، عوامل شناختی دخیل در وسواس مستقیماً هدف درمان قرار نمی گیرند، اما به دلیل اینکه افکار مزاحم و درمانده کننده، و باورها و فرض های همراه این افکار در تظاهر وسواس نقش برجسته ای دارند، درمانگران به این نتیجه رسیدند که شناخت درمانی وسواس برای کاهش وسواس های فکری و عملی، از طریق درمان مستقیم و صریح باورهای ناکارآمد و ارزیابی های منفی دخیل در ایجاد نشانه های این اختلال شکل گرفت. نظریه شناختی - رفتاری وسواس مبتنی بر این اندیشه است که افکار وسواسی ریشه در افکار مزاحمی دارند که در افراد بهنجار هم دیده می شوند و از نظر کیفی با آنها متفاوت نیستند. افکار مزاحم (که از نظر محتوا از وسواس های بیمارگون قابل افتراق نیستند) تقریباً در ۹۰ درصد از جمعیت عمومی روی می دهند (۶۱، ۶۲، ۵۵).

براساس نظریه شناختی، تفاوت اساسی بین افکار مزاحم بهنجار و وسواس ها در معنایی است که افراد وسواسی به افکار مزاحم خود می دهند. بیماران وسواسی این افکار را نشانه ای از آسیب احتمالی می بینند که ممکن است به خودشان یا دیگران برسد و نیز فکر می کنند که آنان ممکن است در قبال این آسیب (یا پیشگیری از آن) مسئول باشند (۵۵). به علاوه، وجود سویمندی های فرد ویژه در پردازش اطلاعات مرتبط با تهدید در اختلال های اضطرابی نشان داده شده است و مطالعات متعددی رمزگذاری ترجیحی اطلاعات هماهنگ با نگرانی های بیمار درباره ی موقعیت (مثل حساسیت بیش از حد به نشانه های تهدید) را مطرح کرده اند (۵۵، ۵۷).

اولین بار نظریه شناختی مک فال و والرشم^۱ (۶۳) درباره ی وسواس مورد توجه قرار گرفت. در این نظریه، وسواس به دنبال ارزیابی اولیه تهدید (که در آن احتمال وقوع و شدت عواقب منفی همراه با رویدادهای ناخوشایند را بیش از اندازه برآورد می کند) ایجاد می شود. وسواس های عملی، آیین ها و

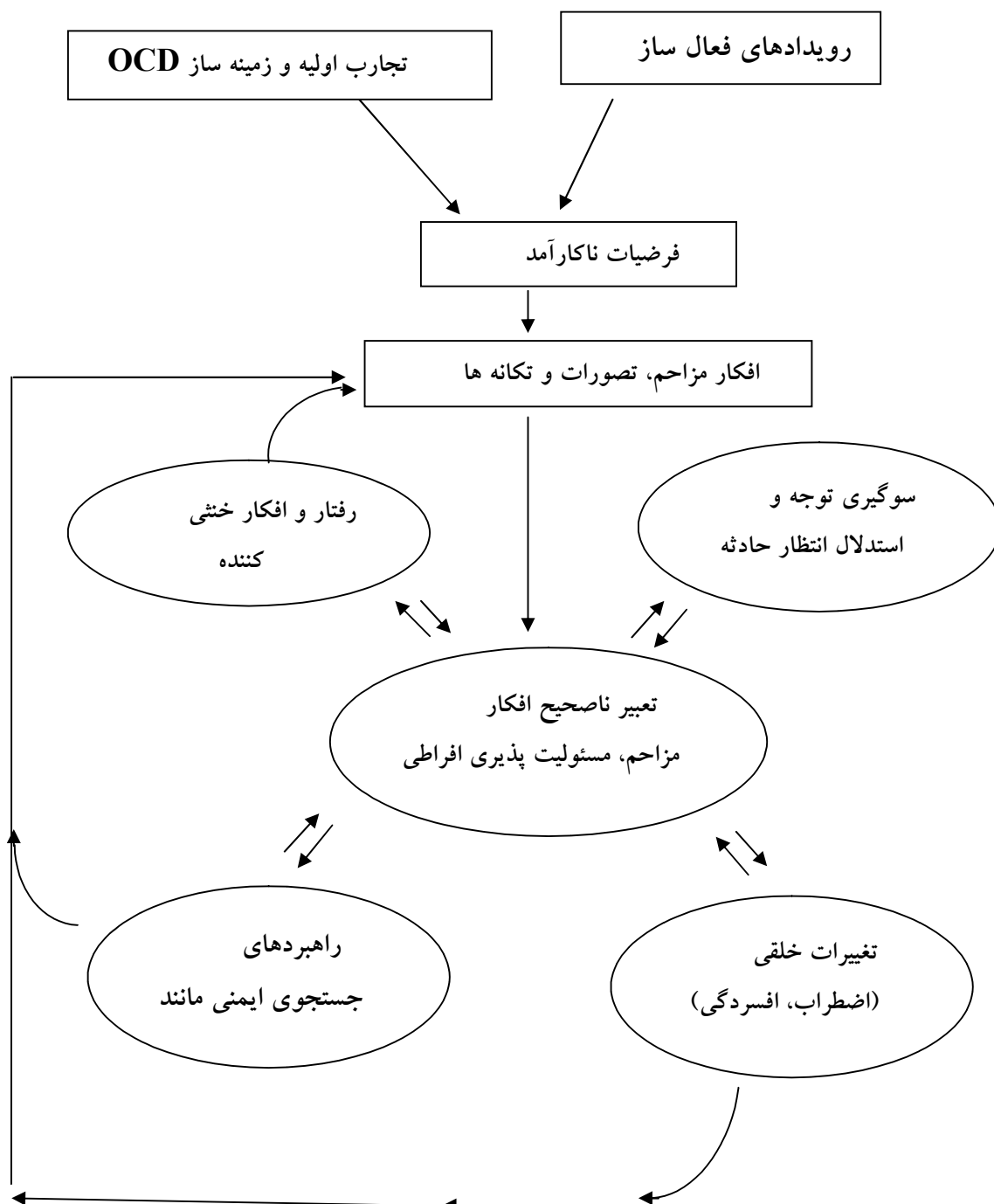
^۱. Mcfall & Wollersheim

رفتارهای وسواسی جادویی به عنوان موثرترین راه برای کاهش این تهدید ادراک شده و بعلت ناتوانی برای مقابله با آنها ایجاد می شوند (۴۸، ۵۷).

نظریه شناختی سالکوسکیس

سالکوسکیس اولین مدل رفتاری- شناختی جامع درباره اختلال وسواس فکری- عملی را مطرح کرده است (۶۴، ۶۵). سالکوسکیس معتقد است زمانی که افکار مزاحم، عقاید ناکارآمد درباره میزان مسئولیت فرد در قبال سلامتی خود و دیگران را فعال می سازد شدت و فراوانی آن ها افزایش می یابد. او معتقد است این عقاید نقش مهمی در افزایش مسائل وسواسی دارند، زیرا سبب به وجود آمدن پیش بینی های منفی درباره افکار (مانند داشتن چنین افکاری بدین معناست که من می خواهم آنها را انجام دهم) و در پی آن سبب پیدایش این باور می شود که فرد باید برای جلوگیری از این اعمال، در رابطه با افکارش کاری کند (فعالیت های خنثی ساز مانند بازداری، جستجوی ایمنی، اجتناب و اعمال اجباری). از طرف دیگر فعالیت های خنثی ساز خود سبب ثبات عقاید ناکارآمد و سبب بروز بیشتر افکار مزاحم می شوند و رد افکاری که مورد غفلت قرار گرفته بودند دوباره پی گیری شده و مورد توجه قرار می گیرند و در نتیجه آن، فراوانی قبلی این افکار افزایش می یابد، افزایش این افکار نیز خود به عنوان مدرکی دال بر مهم و با اهمیت بودن این افکار و اینکه بایستی به آنها توجه کرد در نظر گرفته می شوند.

بازداری افکار راهبرد مقابله ای مساله ساز در این رابطه در نظر گرفته می شود. براساس تحقیق وگنر و همکاران (۶۶)، بازداری فکر به طور متناقض موجب افزایش افکار مزاحم می شود. پیدایش مجدد این افکار شاید به دلیل کاهش حالات خلقی باشد، که موجب آسیب پذیری کنترل فکر و افزایش پیش بینی های منفی می شود. اگر افکار منفی که به این طریق برانگیخته می شوند دارای محتوایی غیر از مسئولیت پذیری باشند تبدیل به وسواس نمی شوند، گرچه شاید موجب پیدایش اضطراب کلی یا خلق افسرده گردند. بنابراین به اعتقاد سالکوسکیس بیش ارزیابی عقاید مرتبط با مسئولیت پذیری برای پیدایش افکار وسواسی، لازم و احتمالاً کافی می باشد. این احساس مسئولیت افراطی می تواند اشکال متفاوتی داشته باشد، و می تواند گسترده، شدید، شخصی و منحصر به فرد باشد.



شکل ۲-۲- مدل شناختی سالکوسکیس به نقل از سالکوسکیس و همکاران (۶۷)

نظریه شناختی راجمن

در این نظریه چنین تصور می شود که وسواس ها از سوء تعبیر فاجعه آمیز افکار مزاحم فرد ناشی می شوند. لذا وسواس ها تا زمانی که این سوء تعبیرها ادامه دارند، تداوم می یابند (۶۸) براساس این

نظریه، نخست رابطه و پیوند کارکردی بین شناخت و اضطراب نشان داده شده است (۶۹). دوم، بیماران اهمیت اغراق آمیزی به این افکار نسبت داده، آنها را وحشتناک، تهدید کننده و خطرناک در نظر می گیرند (۷۰). در این نظریه به محتوای وسواس ها توجه بیشتری شده است. وسواس فکری منجر به توصیف ها و متعاقب آن یک سری تفسیرهایی از این توصیف ها می شود. تفسیرهای انجام گرفته باعث ترس و آشفتگی شده و اینها سبب بروز پیامدهایی مثل خنثی سازی یا اجتناب رفتاری می شود. و این پیامدها باعث تقویت وسواس ها می شوند. تلاش برای خنثی سازی در این مدل اهمیت خاصی دارد. هرچه اجبارها و خنثی سازی ها موفقیت آمیزتر باشند، یعنی در کاهش اضطراب و ناراحتی بیمار موثرتر باشند تمایل به اعمال اجباری افزایش خواهد یافت (۷۱).

سوم، سوگیری های شناختی خاصی در بیماران مبتلا به وسواس فکری - عملی وجود دارد. لوباتکا^۱ و راجمن (۷۲) دریافتند که افراد دارای مشکلات وسواسی، تصور می کنند تفکر آنها در مورد رویدادهای ناگوار احتمال وقوع این رویدادها را افزایش می دهد و آنها به خاطر داشتن چنین افکاری مسئول وقوع آنها هستند و بایستی وقوع آنها را کنترل کنند. این درهم آمیختگی یا اغتشاش فکر - عمل، مسئولیت ادراک شده فرد را برای وقوع مشکلات افزایش داده و همین امر سبب افزایش احساس گناه در فرد می شود (۷۳). در واقع اغتشاش فکر - عمل در هر دو حالت (اخلاقی و احتمال) بیانگر سوءتعبیر افکار است. وقوع چنین سوگیری های شناختی آسیب پذیری شخص را نسبت به وسواس های نابهنجار افزایش می دهد (۶۸).

به نظر می رسد بین احساس مسئولیت ادراک شده که توسط سالکوسکیس (۷۴) مطرح شده است و کارکرد سوگیری های شناختی همچون اغتشاش فکر - عمل نوعی ارتباط و پیوستگی وجود داشته باشد. راجمن (۱۹۹۷) معتقد است عقاید مرتبط با مسئولیت پذیری که مورد تاکید سالکوسکیس می - باشد در واقع از سوگیری شناختی اغتشاش فکر - عمل نشأت گرفته است و افراد دارای این گونه سوگیری شناختی آسیب پذیری بیشتری برای ابتلا به مشکلات وسواسی دارند. بر همین اساس احتمال وقوع یک رویداد ناگوار و تخمین وقوع پیامدهای واقعی را، از عوامل مهم زمینه ساز و مولد اضطراب می دانند (۷۵). طبق گزارش بیماران وسواسی، در خلال استرس ها و حالت های اضطرابی، وسواس های آنها افزایش می یابد (۶۸) همچنین وسواس ها در طول دوره های ملال و دلتنگی افزایش می یابند. (۶۰) ریکاردی^۲ و مک نالی^۳ (۷۶) نشان دادند بین وسواس ها و خلق افسرده ارتباط وجود

^۱.Lopatka

^۲.Riccardi

^۳.McNally

دارد. حالات خلقی منفی همچون ملال خود می تواند موجب افزایش و حفظ وسواس شوند زیرا در این حالات خلقی، امکان پذیرش تفاسیر منفی افکار، همانند پذیرش خود افکار افزایش می یابد. مدلی که سالکوسکیس مطرح کرد در افزایش درک ما از وسواس فکری - عملی نقش اساسی دارد و سبب تغییر جهت درمان از مواجهه صرف، به بازسازی عقاید مسئولانه ی مسئله ساز، شده است. انواع خاص این دلالت های پیش بینانه (همانند اغتشاش فکر - عمل) را می توان تحت عنوان «باورهای فراشناختی»^۱ مطرح کرد. گرچه سالکوسکیس آنها را تحت این عنوان مطرح نکرده است. نظریه راچمن نیز دیدگاه جدیدی به سوگیری های شناختی وسواس فکری - عملی ایجاد نمود و مدل او دلالت بر درمان مبتنی بر سوءتفسیر فاجعه آمیز مرکزی (اصلی) که شخص به افکار وسواسی می دهد، دارد. به عبارت دیگر به جای درمان مبتنی بر خنثی سازی، بر درمان مبتنی بر خود وسواس تاکید دارد.

نظریه فراشناختی ولز

فراشناخت به بررسی فرایندها و ساختارهایی از شناخت می پردازد که جنبه های مختلف شناخت را بازنگری و کنترل می کنند. بنابراین، فراشناخت وجهی از نظام پردازش اطلاعات است که محتوا و فرایندهای خود را بازنگری، تعبیر و ارزیابی می کند. ولز اولین کسی بود که نظریه ای برای وسواس ارائه کرد که در آن باورها و فرایندهای فراشناختی به عنوان عوامل موثر در شکل گیری و ایجاد وسواس شناخته شده بود. یکی از برجسته ترین سیمایه های وسواس، اشتغال ذهنی بیماران درباره محتوای جریان آگاهی و نیز اشتغال ذهنی آنان با تلاش برای تنظیم این جریان ذهنی است. ولز و متیوس (۷۷) مدل اصلی فراشناختی اختلال وسواس فکری - عملی را براساس مدل «کنش اجرایی خود نظم بخش»^۲ ارائه کردند. این سیستم روی کاهش فاصله بین اهداف و واقعیت عمل می کند. همچنین در خدمت کنش فراشناختی ارزیابی اهمیت شخصی افکار (مانند ارزیابی اهمیت محرک های درونی) است. ممکن است باورهای مرتبط با فراشناخت، در وسواس، غیر دقیق و ناکارآمد باشند و بنابراین افکار بهنجاری که به طور طبیعی در جریان خودآگاهی ایجاد می شوند، در بیماران وسواسی امری تهدید کننده ارزیابی شوند. در عین حال، ممکن است فرایندهای فراشناختی خوب عمل نکنند (۷۸، ۵۷). ولز و متیوس اظهار می دارند که افکار وسواسی، باورهای فراشناختی را در ارتباط با معنای

^۱. Meta cognitive beliefs

^۲. Self-Regulatory Executive Function (S-REF) Model

فکر فعال می کنند. بر اساس نظریه ولز، وقوع افکار وسواسی زمانی تهدید کننده تلقی می شود که منجر به برانگیختن باورهای فراشناختی درباره ی معنای آن افکار می شوند.

یکی از اشکال وسواس فکری - عملی، تمایل به تمرکز توجه روی فرایندهای تفکر است که خودآگاهی شناختی^۱ را افزایش می دهد و باعث کشف افکار ناخواسته یا شروع افکار مزاحم می شود. افکار وسواسی، تمایل به از پیش تعیین کردن اتفاقات درونی دارند و بر وقایع بیرونی تمرکز نمی کنند (۷۷). بنابراین وقتی که حسی، اجرای عملی را تصدیق می کند، افراد بر روی تصوراتی در مورد پیامدهای انجام ندادن آن تمرکز می کنند، این تمایل به تمرکز بر روی تردیدها یا خیالهای درونی، میزان اطمینان به حافظه در مورد اعمال یا اتفاقات را کاهش می دهد و احتمالاً منجر به عمل واری می شود (۷۸؛ ۵۷).

در مدل اولیه فراشناختی (۷۹) یک راه انداز^۲ (ماشه چکان)، که اغلب یک فکر مزاحم، تردید و یا یک هیجان و احساس مزاحم است، باورهای فراشناختی مرتبط را فعال می کند. باورهایی که در این سطح وجود دارند شامل باورهایی در مورد خطر یا معنای فکر می باشند. بخصوص در بیماران وسواسی، باورهای فراشناختی، مرز بین فکر، رویداد و عمل را از بین می برند. به بیان دیگر بیماران باور دارند که یک فکر خاص، یک رویداد را بوجود می آورد. این باورها شامل اغتشاش فکر - عمل و نیز اغتشاش فکر - رویداد^۳ است. اغتشاش فکر - رویداد به این معناست که بروز فکر وسواسی درباره ی این که واقعه ای رخ داده است، شاهدهی درونی و قوی تلقی می شود که موضوع در واقعیت رخ داده است: «اگر مرتب فکر می کنم کار الف را انجام داده ام، حتماً نشان دهنده ی آن است که واقعاً آن کار را انجام داده ام». باور دیگر در این بیماران به پیامدهای عاطفی و آشفته گی ناشی از وسواس مرتبط است: «اگر این آشفته گی و علایم من ادامه پیدا کند، دیوانه خواهم شد».

از جمله باورهای فراشناختی دیگر می توان به این باور اشاره کرد که فکر کردن در مورد عملی، منجر به تعهد در برابر اجرای آن می گردد: «اگر فکر کنم به او صدمه می زنم، حتماً به او صدمه خواهم زد».

در نهایت، مشاهدات بالینی اخیر نشان داده اند که وسواس های مرتبط با آلودگی با باورهای مربوط به اغتشاش فکر - شکل^۴، در ارتباطند. در این باور فراشناختی، افراد معتقدند که فکر یا

^۱.Cognitive self-consciousness

^۲.Trigger

^۳.Thought-event fusion (TEF)

^۴.Thought-object fusion (TOF)

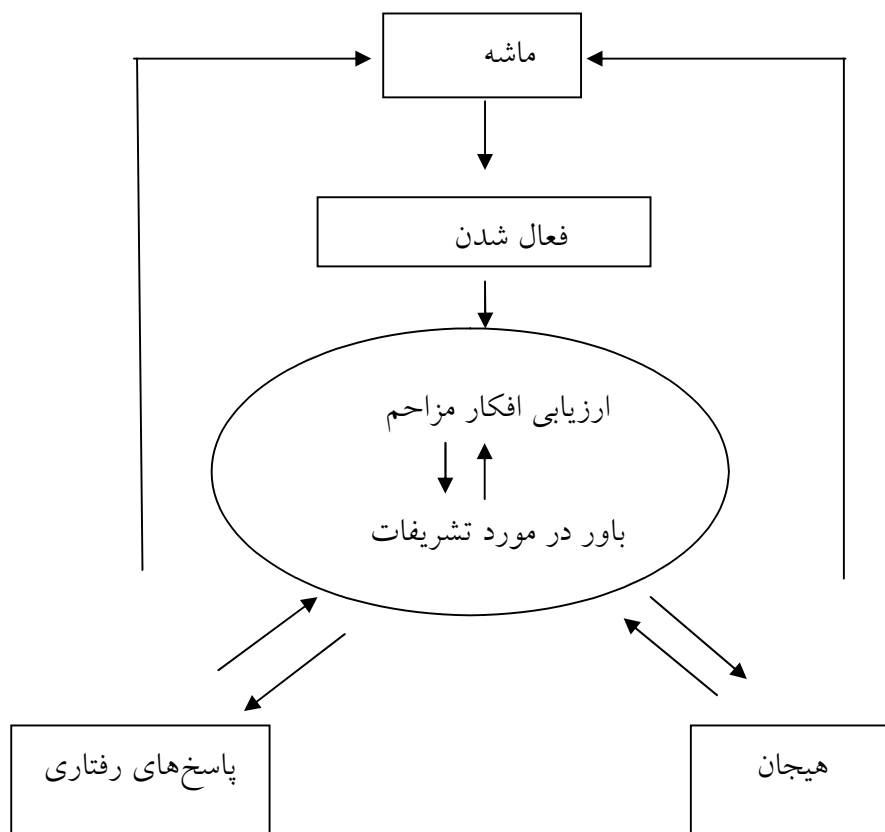
احساس می‌تواند به یک شیئی منتقل شود و بعد این اشیاء آلوده شده می‌توانند آن افکار و احساسات را به مردم یا اشیاء دیگر انتقال دهند.

فعال شدن این باورها ارزیابی‌هایی را برمی‌انگیزاند که بر اساس آنها فکر وسواسی خطرناک تلقی می‌شود. این ارزیابی‌ها منجر به بروز احساس ترس، اضطراب، گناه و ناراحتی می‌شوند. خود این احساسات هم می‌توانند نشانه‌ای باشند از این که خطر همراه با افکار مزاحم، خطری واقعی است. در پی آن، فرایندهای فراشناختی، برای مقابله با خطر ادراک شده، راهبردهایی خاص، مانند سرکوب فکر، خنثی‌سازی، واریسی و استدلال ذهنی، فعال می‌شوند. انتخاب یکی از این راهبردها با نوعی از ارزیابی که فکر وسواسی در بیمار ایجاد کرده، مرتبط است. مثلاً وقتی ارزیابی فردی این است که فکر وسواسی نشان دهنده وقوع حوادث منفی در آینده است و باید از آنها جلوگیری کرد، ممکن است راهبرد خنثی‌سازی را برگزیند، در حالی که اگر ارزیابی فرد این باشد که فکر وسواسی نشان دهنده آن است که اتفاقی خطرناک پیش از این رخ داده است، ممکن است راهبردهای واریسی یا اختلال ذهنی را به کار گیرد. این راهبردها باعث می‌شوند فرد نتواند در واقعیت، این باورها را بیازماید و اعتبار آنها را رد کند (۷۸)

باورهای فراشناختی مرتبط با نیاز برای کنترل فکر، اغتشاش فکر - عمل، و باورهای منفی درباره - ی توانمندی شناختی، پیشگویی‌های قابل اعتمادی برای بروز نشانه‌های وسواسی شناخته شده‌اند (۸۰).

باورهای فراشناختی بر ارزیابی افکار مزاحم تاثیر می‌گذارند. باورهای فراشناختی دیگری نیز بر این ارزیابی‌ها تاثیر می‌گذارند، مثل باورهای مثبت و منفی در رابطه با اعمال اجباری (تشریفات). باورهای مثبت «من باید اعمال اجباری را تا زمانی که احساس بهتری داشته باشم انجام دهم و این اعمال سبب می‌شوند که من احساس بهتری داشته باشم» و باورهای منفی «اعمال اجباری‌ام خارج از کنترل من هستند» بر انتخاب و اجرای اجبارها و شدت واکنش‌های هیجانی کوتاه مدت تاثیر می‌گذارند.

همان طور که در شکل دیده می‌شود، در این مدل دو حلقه بازخوردی عمل می‌کنند. اضطراب و واکنش‌های هیجانی منفی که نتیجه ارزیابی افکار مزاحم هستند، که خود سبب تعبیر و تفسیرهای منفی دیگر می‌شوند، مثلاً علایم اضطراب، به عنوان شاهدهی برای حمایت از تعبیر و تفسیرهای منفی افکار مزاحم، ارزیابی می‌شود.



شکل ۳-۲- مدل مختصر فراشناختی ولز، به نقل از ولز (۸۱)

درمان های اختلال وسواس فکری - عملی

در گذشته، وسواس اختلالی مزمن و درمان نشدنی به شمار می رفت و با توجه به طبیعت مزمن آن، افراد دچار وسواس چندین دهه از عمر خود را بدون رهایی از نشانه های این بیماری طی می کردند (۴۸؛ ۵۷؛ ۶۰). اما امروزه این وضعیت با اثبات اثر بخشی داروهای مهارکننده باز جذب سروتونین و درمان های شناختی و رفتاری تغییر اساسی کرده است. مطالعات درمانی در مورد این اختلال، به طور کلی در زمینه های رفتاردرمانی، شناخت درمانی، درمان های شناختی - رفتاری و درمان دارویی می باشد (۸۲).

درمان رفتاری

در روش های رفتاری با استفاده از اصول یادگیری به بیمار یاد می دهند که رفتار خود را تغییر دهد. رفتاردرمانی در درمان اختلال وسواس فکری - عملی به اندازه دارودرمانی موثر است و بعضی داده ها حاکی است که رفتاردرمانی، اثرات طولانی تر دارد و لذا بسیاری از متخصصین آن را درمان

انتخابی اختلال وسواس فکری - عملی می دانند. رفتار درمانی هم به صورت سرپایی و هم به صورت بستری قابل اجرا است (۲)

در روش های رفتاری درمان اختلال وسواس فکری - عملی، درمان های مختلفی از جمله توقف فکر، غرقه سازی، حساسیت زدایی منظم، رویارویی و جلوگیری از پاسخ به کار برده شده است (۸۲).

درمان شناختی

درمان های شناختی اختلال وسواس فکری - عملی بر تئوری شناختی اختلالات هیجانی استوار است (۸۳). مدل شناختی ویژه وسواس به وسیله سالکوسکیس (۸۴) ارائه شده است. بر اساس این مدل بیماران وسواسی این افکار را نشانه ای از آسیب احتمالی که ممکن است به خودشان یا دیگران برسد می دانند و فکر می کنند باید برای پیشگیری از آسیب کاری انجام دهند، در این صورت افکار مزاحم تبدیل به افکار وسواسی مرضی می شود (۸۵، ۸۶). درمان شناختی به دنبال شناسایی و چالش با سوء تعبیرهایی است که بیمار را وادار به رفتارهای آیین مند می کند. به این ترتیب بیمار در می یابد که توقف رفتار آیین مند خطری به دنبال ندارد (۶۷).

درمان شناختی - رفتاری

مدل شناختی مبتنی بر ارزیابی سالکوسکیس و راجمن یکی از شناخته شده ترین مفهومی سازی - های شناختی - رفتاری برای وسواس است. درمان شناختی - رفتاری سعی می کند تا ارزیابی مربوط به مسئولیت افراطی و همچنین رفتارهای خشی ساز را که باعث بقای عقاید فرد در مورد مسئولیت شخصی اش در آسیب گریزی می شود را تغییر دهد (۸۵).

درمان فراشناختی اختلال وسواس فکری - عملی

رویکردهای فراشناختی وسواس فکری - عملی، در حالی که فقط یک الگوی مقدماتی محسوب می شود، پیشنهاد می کند که درمان بایستی دربرگیرنده ی تمرکز قابل ملاحظه ای بر اصلاح باورهای فراشناختی زیربنایی، و معیارهای درونی غیرانطباقی ای باشد که برای نظم بخشیدن به رفتار مورد استفاده قرار می گیرند. طیفی از باورهای فراشناختی متفاوت ممکن است در این موارد مدنظر قرار گیرند. این باورها شامل حوزه های اغتشاش فکر - عمل، اغتشاش فکر - رویداد و اغتشاش فکر - شیء می باشد.

بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی که سبک پردازشی موضوعی^۱ یا عینی شان فعال است، بدون چون و چرا^۲ افکار مزاحم خود را به عنوان امری معتبر می پذیرند و در ارزیابی های خویش از محتوا و معنای این افکار با چالشی روبرو نمی شوند (۸۱). هدف کلی درمان این است که بیماران به شیوه پردازش فراشناختی معطوف شوند و به پذیرش بی طرفانه ای از افکار مزاحم بدون ارتباط با پردازش بیشتر یا عمل دست یابند. هم چنین هدف درمان را از توقف افکار مزاحم به یادگیری این نکته معطوف می سازد که نیازی نیست بر پایه افکار وسواسی یا دیگر انواع افکار مزاحم عمل نمود. بیماران باید شیوه های فراشناختی جدید برخورد با افکار مزاحم را بیاموزند. به طور کلی مفهوم سازی اصلی درمان بر پایه مدل فراشناختی اختلال وسواس فکری- عملی عبارت است از تغییر طیف باورهای فراشناختی مرتبط با اغتشاش، تغییر باورهای ناکارآمد راجع به آیین مندی ها، اصلاح و بهبود شیوه به کارگیری نشانه های درونی نامناسبی که ملاک ارزیابی ها و راهنمایی رفتار قرار گیرند، ایجاد شیوه های جایگزین مناسب برای راهنمایی رفتار و افزایش مهارت هوشیاری فراگیر (۸۱).

درمان دارویی

داده های موجود حاکی است که داروهایی را که برای درمان اختلالات افسردگی و سایر اختلالات روانی مورد استفاده قرار می گیرند، می توان با دوزهای معمول آنها تجویز نمود (۲) تاثیر درمان های دارویی برای اختلال وسواس فکری- عملی در اوایل سال های ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰، زمانی که تحقیقات عصب شناختی اختلالات روانی کامل شد، بهبود چشم گیری پیدا کرد (۸۷). بررسی های داروشناسی قوی نشان می دهند که اختلال وسواس فکری- عملی به درمان دارویی پاسخ مناسبی می دهد (۸۸).

این داروها شامل کلومیپرامین- به علت اینکه یک سرتونرژیک قوی است جایگاهی برتر نسبت به دیگر داروها دارد- سیتالوپرام، فلوکستین، فلووکسامین، پارکستین و سرتالین می باشد. این داروها بر سروتونین مغز تاثیر می گذارند. یافته ها نشان می دهد که این داروها در کاهش علائم وسواسی موثر هستند حتی زمانی که افسردگی مراجع مانع بهبود شود (۸۹). کلومیپرامین یک داروی ضد افسردگی سه حلقه ای با اثر بلوکه کننده قوی جذب 5-HT است. با دوزهای ۲۰۰ تا ۲۵۰ میلی گرم در روز. این دارو در کاهش علائم وسواسی مبتلایان به اختلال وسواس فکری- عملی مؤثر است (۵۱). اکثر

^۱.Object Processing Model

^۲.Unquestionably

بیماران این دارو را خوب تحمل می کنند، اما با این دوزهای بالا اثرات جانبی آنتی کولینرژیک شایع است. معدودی از بیماران نیز دچار تشنج می شوند. اثر مفید درمانی تا شش هفته پس از شروع درمان ممکن است ظاهر نشوند؛ بهبود بیشتر ممکن است در شش هفته بعدی مشاهده شود. داروهای سه حلقه ای دیگر نظیر ایمپرامین بلوکه کننده ضعیف تر 5-HT هستند، و در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی مؤثر نیستند (۹۰). مهارکننده های اختصاصی باز جذب سروتونین، مثل فلوکستین و فلووکسامین، نیز در کاهش علائم وسواسی مبتلایان به اختلال وسواس فکری - عملی مؤثرند. این داروها ممکن است به اندازه کلومیپرامین مؤثر بوده و اثرات جانبی کمتری داشته باشند. معهذ، فقط نیمی از بیماران درمان شده، بهبود اساسی می یابند. تلاش شده است با افزودن داروی دوم به مهارکننده های اختصاصی باز جذب سروتونین میزان پاسخ افزایش یابد. اثرات مفید با افزودن نورولپتیک گزارش شده است. اما ارزش این درمان ترکیبی هنوز نامشخص است. در چند هفته پس از قطع دارو، احتمال عود اختلال شایع است. درمان طولانی تر احتمال عود را کمتر می سازد (۵۱). واکنش بیماران وسواسی به دارو درمانی به صورت آرام و تدریجی می باشد و این امر می تواند هفته ها و ماه ها طول بکشد تا بهبود حاصل شود. از این رو اغلب افراد مبتلا نیاز به تشویق دارند تا به درمان ادامه دهند (۸۷).

شخصیت

کلمه شخصیت که در زبان لاتین (personalite) و در زبان انگلوساکسون (personality) خوانده می شود، ریشه در کلمه لاتین (persona) دارد. این کلمه به نقاب یا ماسکی گفته می شود که بازیگران تئاتر در یونان قدیم به صورت می زدند. به مرور معنای آن گسترده تر شد و نقشی را که بازیگر ایفا می کرد را نیز در بر گرفت.

بنابراین این مفهوم اصلی و اولیه شخصیت، تصویری صوری و اجتماعی است و بر اساس نقشی که فرد در جامعه بازی می کند، ترسیم می شود. یعنی فرد در واقع به اجتماع خود شخصیتی ارائه می دهد که جامعه بر اساس آن، او را ارزیابی می نماید (۹۱). هر انسانی آمیزه ای از سه ویژگی نوعی، فرهنگی و فردی را در خود دارد و مجموعاً کلیت منحصر به فردی را تشکیل می دهد که مورد توجه و امعان نظر روان شناسی شخصیت است. کلیت مفهوم، و به همین لحاظ پیچیدگی آن موجب شده است که واژه شخصیت به شیوه های مختلفی تعریف شود.

آلپورت^۱ در این باره به گردآوری و ذکر پنجاه تعریف متفاوت پرداخته است. برخی به جنبه های بیوشیمیایی و فیزیولوژیکی شخصیت، برخی به عکس العمل های رفتاری و رفتارهای مشهود، برخی به فرایندهای ناهشیار رفتار آدمی و برخی به ارتباط های متقابل افراد با یکدیگر و نقش هایی که در جامعه بازی می کنند توجه نموده و شخصیت را بر همان مبنا تعریف کرده اند. بنابراین دامنه تعاریف از فرایندهای درونی ارگانیسم تا رفتارهای مشهود ناشی از تعامل افراد، در نوسان است. اما شخصیت در مفهوم کلی خود باید شامل: قواعد مربوط به کنش های منحصر به فرد افراد و قواعد مشترک بین آنها، جنبه های پایدار و تغییر ناپذیر کنش انسان و جنبه های ناپایدار و تغییر پذیر آن، جنبه های شناختی (فرایندهای تفکر) جنبه های عاطفی (هیجانات) و جنبه های رفتاری فرد باشد (۳۳).

آلپورت، از محققین بزرگ در زمینه شخصیت: «سازمان یابی نظام های بدنی و روانی به عنوان ویژگی های رفتاری و فکری در فرد را شخصیت می نامد (۹۲).

شلدون^۲ پویا بودن شخصیت را در تعریف خود مطرح نموده و چنین عنوان می کند: «سازمان یافتگی پویشی جنبه های ادراکی، عاطفی، انگیزش و بدنی فرد را شخصیت گویند (۹۳).

کنتل شخصیت را این چنین تعریف می کند: شخصیت چیزی است که به ما اجازه می دهد پیش بینی کنیم که شخص در یک موقعیت معین چه خواهد کرد، یعنی چه عملی از او ناشی خواهد شد. هیلگارد در تعریف خود، از کلیت شخصیت فاصله گرفته و نوعی برگشت به قوای ذهنی را در تعریف خود نشان داده است. او شخصیت را چنین تعریف می کند: «شخصیت الگوهای معینی از رفتار و شیوه های تفکر است که نحوه سازگاری شخص را با محیط تعیین می کند (۹۴).

کلی شخصیت را اینگونه تعریف کرده است: «شخصیت عبارت است از روش هر فرد از جستجو برای تفسیر معنای زندگی (۹۴).

دیدگاههایی درباره شخصیت

نظریه های گوناگون شخصیت که در طول سال ها تکامل یافته اند به نظر می رسد که به طور طبیعی در شش گروه قرار می گیرند. هر یک از این گروه ها با دیدگاههای عمومی در این مورد که چگونه به بهترین نحو می توان درباره طبیعت انسان فکر کرد، مشخص می شوند. در این قسمت بطور مختصر این شش دیدگاه شرح داده می شود.

دیدگاه روانکاوی

^۱ . Alport

^۲ . Sheldon

این دیدگاه مبتنی بر این تصور است که شخصیت مجموعه ای از نیروهای درونی را در بر می گیرد، که با هم رقابت می کنند و گاه با یکدیگر در تعارضند و اینکه رفتار چگونه از این پویایی درونی پدیدار می شود، کانون توجه این دیدگاه را تشکیل می دهد، از این دیدگاه انسان مجموعه ای از فشارهای درونی را که گهگاه با هم عمل می کنند و گهگاه با هم در جنگ هستند در بر دارد.

فروید بعنوان بنیانگذار مکتب روان کاوی در ابتدا شخصیت را به سه سطح هشیار، نیمه هوشیار و ناهشیار تقسیم کرد. ولی بعداً نظر خود را در این باره تغییر داد و سه ساختار اساسی را در آناتومی شخصیت معرفی کرد که این سه ساختار بنام های نهاد، خود و فراخود است. نهاد ساختار قدرتمند شخصیت است، زیرا تمام انرژی لازم برای دو جزء دیگر را فراهم می کند (۳۴).

نهاد منشأ همه نیروهای روانی است و از اصل لذت پیروی می کند در واقع تصویری که همه نیازها بایستی بلافاصله ارضاء شوند و از تفکر فرایند اولیه استفاده می کند. من نهایتاً از نهاد پدیدار می شود زیرا نهاد نمی تواند به گونه ای موثر با خواسته های جهان خارج برخورد کند. من از اصل واقعیت پیروی می کند و ارباب منطقی شخصیت است. هدف آن جلوگیری از تکانه های نهاد نیست، بلکه کمک به آن برای بدست آوردن کاهش تنش است که خواستار آن است. فراخود مجموعه قدرتمند و عموماً ناهوشیار دستورات و اعتقاداتی که در کودکی آنها را فراگیری می کنیم و اساس این جنبه اخلاقی شخصیت معمولاً در سن ۵ یا ۶ سالگی آموخته می شود. و در ابتدا شامل مقررات رفتاری است که توسط والدین ما تعیین شده اند (۳۴).

بر طبق نظر فروید، شخصیت از خلال پنج مرحله روانی جنسی تحول می یابد. در یک جریان نمو یافتگی بهنجار، هر مرحله روانی - جنسی راهی بسوی مرحله بعد می گشاید و فرد را با یک توالی از چالش های نمو یافتگی مواجه می گرداند. در نمای روان پویشی، شخصیت معنای فنی دارد، و به شیوه ای که در آن من بر حسب عادت فشارهای نهاد، فرامن و محیط را برآورده می سازد، اطلاق می شود. در کل برای فروید، شخصیت بعنوان یک جنگ فرسایشی توسط سه ژنرال بنام های نهاد، من و فراخود است (۹۵).

دیدگاه پدیدار شناختی

در این دیدگاه بر هشیار و حال تاکید می شود و شخصیت را تنها می توان از دیدگاه خود شخص، بر پایه تجربیات ذهن او درک کرد. و این تصور وجود دارد که افراد به طور طبیعی میل به کمال خویشان دارند و این که می توانند با بکارگیری اراده آزاد خود در آن جهت حرکت کنند (۳۴).

خود سازمانی بطور آشکار عنصر مهمی در این دیدگاه به شمار می رود، و این حس خود سازمانی برای این دیدگاه طبیعت انسان جنبه محوری دارد، نظریه پردازان این دیدگاه بر دو اندیشه تاکید می ورزند، اول اینکه افراد دارای گرایش ذاتی به سمت خود شکوفایی هستند و این که افراد اغلب خودشان را با توجه به ارزشهایی که خودشان یا دیگران در اختیار دارند، ارزشیابی می کنند. افراد همچنین دارای نیاز به توجه مثبت، یعنی مورد مهر واقع شدن و پذیرش از سوی دیگران نیز هستند. اندیشه دیگر این است که افراد این آزادی را دارند که برای خودشان تصمیم بگیرند که کدام مسیر را در زندگیشان دنبال کنند (۹۲).

دیدگاه یادگیری یا رویکرد رفتاری

در رویکرد رفتاری بر رفتار آشکار شخصی توجه می کنند. بنابراین در رویکرد رفتاری، به شرایط درونی مثل اضطراب، سایقها و غیره هیچ اشاره ای نمی شود. به نظر رفتارگرایان، شخصیت چیزی جز تجمع پاسخ های آموخته شده به محرک ها، یعنی مجموعه رفتارهای آشکار یا نظام های عادت نیست. شخصیت تنها به چیزی اشاره دارد که بتوان آن را بصورت عینی مشاهده و دستکاری کرد. در واقع برجسته ترین خصوصیت طبیعت انسان در این دیدگاه این است که رفتار انسان تحت تاثیر مستقیم تجربه تغییر می یابد (۳۴).

دیدگاه گرایشی

این دیدگاه بر پایه این تصور است که افراد دارای خصوصیات نسبتاً ثابتی هستند که در انواع محیط های گوناگون نمایش داده می شود. این گرایش ها به طرق مختلف در ظاهر فرد آشکار می شوند، اما به نحوی ریشه در اعماق وجود فرد دارند. از این دیدگاه طبیعت انسان متشکل از مجموعه ای از خصوصیات دائمی است که از فردی به فرد دیگر تفاوت دارند (۹۲).

دیدگاه پردازش اطلاعات

این دیدگاه چنین فرض می کند که طبیعت انسان از برخی جنبه ها شبیه عملکرد کامپیوتر است. بدین معنی که خود دستگاه عصبی می تواند به منزله کامپیوتر جاندار عظیمی باشد، که دارای قواعد تصمیم گیری و الگوهایی از خود سازمانی است که به طریقی به کامپیوترهای سیلیکونی و فلزی

امروز شباهت دارد. بنابراین، شخصیت تجلی گاه انواع خاص رویدادهای پردازش اطلاعات می باشد. این سوگیری، انسان را به منزله دستگاهی خود گردان می داند که اهدافی را در نظر می گیرد و در راه رسیدن به آن اهداف بر مسیر پیشرفت کار نظارت دارد (۹۲).

دیدگاه صفات

در نظریه صفات، همانند دیگر نظریه ها تلاش شده است مفهوم شخصیت با شیوه ای عملی و فراتر از اصطلاحات و تعاریف عامیانه، تبیین شود. به طور کلی، به الگوهای همسان افراد در رفتار، احساسات و افکار، صفات شخصیت گفته می شود.

این تعریف گسترده به این معنی است که صفات می توانند در خدمت سه کارکرد عمده قرار گیرند: از آنها می توان برای خلاصه کردن، پیش بینی و تبیین رفتار فرد استفاده کرد. هر چه میزان یک صفت در افراد بیشتر باشد به احتمال زیاد رفتار فرد منطبق با آن خواهد بود و امکان اینکه بارها مشاهده شوند فراوان است (۹۶).

طبقه بندی شخصیت

شخصیت دارای دو جنبه متمایز است: ۱- صفات ظاهری یا شخصیت برونی ۲- صفات باطنی یا شخصیت درونی. صفات ظاهری شخصیت، خواه بدنی، خواه روانی بگونه ای محسوس نمایان است. اما صفات باطنی یا درونی آشکار نمی باشد. طبقه بندی شخصیت دارای پیشینه ای دیرین و باستانی است (۹۵). در قسمت ذیل به انواع طبقه بندی ها می پردازیم:

بقراط و جالینوس

بقراط بدن انسان را آمیزه ای از چهار خلط: خون، بلغم، صفرا و سودا می دانست که این چهار خلط در رابطه با عناصر چهارگانه طبیعت: آب، خاک، آتش و هوا است و بنا به نظر این پزشک یونانی، خون شخص بهنجار، هر چهار عنصر را به مقدار مساوی دارد. در صده دوم میلادی جالینوس بر پایه نظر بقراط این عقیده را پیدا کرد که مردم بر حسب غلبه هر یک از چهار خلط مذکور در بدن دارای یکی از چهار مزاج صفراوی، دموی، بلغمی و سوداوی خواهند بود که هر یک از این مزاج ها همراه صورت و سیرت خاص خود به این شرح است:

صفراوی مزاج: باریک اندام و پوست بدنش معمولاً گرم و خشک، تنفس تند، اخلاقاً تند خو، زود خشم، جاه طلب و برتری جو، حسود و ثابت قدم است و چنین می پنداشتند که آتشی مزاج بیش از دیگران آمادگی جنائی دارد.

دموی مزاج: سینه فراخ دارد، جریان خونس تند و ظاهرش خوش آب و رنگ است. اخلاقاً خوشگذران، خوشبین، فعال و از نظر ذهنی سطحی است.

بلغمی مزاج: تنومند و پر چربی و با شکمی برآمده و عضلاتش سست است. اخلاقاً زود آشنا، اجتماعی و کم فعالیت است.

سوداوی مزاج: دراز اندام، سیه چرده و بدنی ضعیف دارد؛ از نظر اخلاقی مضطرب و بدبین است. پر جنب و جوش است ولی پایداری و استقامت ندارد (۹۷).

کرچمر

طبقه بندی کرچمر، که یادآور انسان شناسی جنایی لومبروزست، بیش از هر طبقه بندی دیگر مورد توجه جرم شناسان واقع شده و به کار گرفته است. سه تیپ اصلی کرچمر که در کتاب او به نام «ساخت بدن و منش» مورد بررسی قرار گرفته عبارتند از:

الف: تیپ استخوانی یا لاغر اندامان: افراد دارای این تیپ دارای قدی بلند، بدنی لاغر و ضعیف و شانه های باریک و چهره کشیده می باشند، از نظر اخلاق و منش دیر جوش، گوشه گیر و منزوی هستند. از نظر جرم شناسی، تیپ استخوانی قسمت عمده تبهکاران مالی را تشکیل می هند (۹۵).

ب: فربه تنان: افراد این تیپ تنومند، دارای شکمی برآمده، سینه ای فراخ، عضلاتی نرم و بدنی پر مو و میانه بالا هستند. از لحاظ اخلاقی خوش خوراک، بذله گو، خوش برخورد، اجتماعی، خوشگذران و خوشبین و فعال هستند. این تیپ در زمره برون گرایان یونگ قرار دارند. جرم شناسی چون اکسندر و بوهمر در تحقیقات خود به این نتیجه رسیدند که در میان تبهکاران به ندرت از تیپ فربه تنان دیده می شود (۹۷).

ج: تیپ سخت پیکران با تیپ عضلانی: افراد این تیپ دارای عضلات و ماهیچه های نیرومند، استخوان بندی محکم، شانه های پهن و سینه فراخ هستند. غالباً افرادی حادثه جو، پرخاشگر و زورگو و سیاست طلب هستند و از این رو از نظر جرم شناسی، این تیپ در بین عاملان بزه های علیه اشخاص و سرقت مسلحانه و حریق عمدی دیده می شوند (۹۵).

ویلیام شلدون

به نظر شلدون یک ساختمان فرضی بیولوژیک در انسان وجود دارد که آن را تیپ مورفوژنی یا تیپ بیولوژیک می نامند. شلدون پس از مدت ها بررسی دقیق ترکیب جسمانی افراد را بر اساس سه عنصر به سه دسته تقسیم نمود:

عنصر اول اندومورفی نام دارد: بدن افرادی که این عنصر را دارند صاف و نرم و غالباً چاق هستند. مردان اجتماعی، ملایم در رفتار و گفتار، راحت طلب و از خود راضی و خوشبین هستند. عنصر دوم مزومورفی نام دارد، عضلات بدن اشخاص که این عنصر را دارند، سخت و استخوان آنها تکامل یافته است. این افراد خود را در رفتار جدی می یابند و فعال، حادثه جو، متجاوز، پرخاشگر و خشن نشان می دهند. عنصر سوم اکتومورفی نام دارد: چنین افرادی اندامی لاغر و ظریف، استخوانی و بدون چربی دارند. و از لحاظ اخلاقی متفکر، خوددار و انزوا طلب هستند (۹۸).

شلدون در مطالعات خود به این نتیجه رسید که جرم بیشتر با تیپ بدنی مزومورف و تا حدی آندومورف مرتبط است.

زیگموند فروید

فروید عوامل سازمان دهنده شخصیت آدمی را عبارت از نهاد، خود و فراخود می نامد. نهاد: زیر بنای شخصیت، تابع اصل لذت، و این نهاد آدمی خواستار حفظ خصوصیات کودکانه اش در تمام ادوار زندگی است. خود: تابع اصل واقعیت، ارباب منطقی شخصیت، هدف آن کمک به نهاد برای بدست آوردن کاهش تنش است که خواستار آن است. فراخود: عقاید درست و غلط ما، شامل مقررات رفتاری است که در ابتدا توسط والدین ما تعیین شده اند (۳۴).

آیزنک

آیزنک بر اساس یک سری مطالعات تجربی ثابت کرد سه عامل اصلی در شخصیت وجود دارد که برونگرایی، نوروژگرایی و پسیکوزگرایی نام دارد. آیزنک اعتقاد داشت که هوش یک عامل مهم در سبب شناسی جرم به حساب می آید اما کمتر از عوامل شخصیتی اهمیت دارد. طبق نظر آیزنک تیپ برونگرا، اجتماعی، تکانشی، خوش بین و هیجانی است و در برابر تغییرات محیطی سریع تغییر می

کند. افراد برونگرا خیلی زود آرامش خود را از دست می دهند و به راحتی خشمگین و پرخاشگر می شوند و انسانهای بی ثباتی هستند. تیپ درونگرا بر عکس محتاط، کم حرف و آرام است، آنها احساسات و هیجانهای خود را کنترل می کنند و از فعالیت های هیجانی، تغییرات و اکثر فعالیت های اجتماعی پرهیز می کنند. درونگراها آرام هستند و پرخاشگری ندارند و ارزش زیادی برای هنجارهای اخلاقی قایلند. فردی که دچار روان نژندی است، بر اثر فشار نیازمندیهای درون و بیرونی، شخصیتی سخت و خشن پیدا می کند و به دشواری با محیط همساز می شود. روان نژندی به صورت خستگی های مداوم، احساس عدم لیاقت، احساس حقارت و بی اعتمادی به خود ظاهر میگردد.

روان پریشی به رفتارهای نابهنجار و شدیدی گفته می شود که فرد یک سره از محیط خود می - گسلد و همنوایی اجتماعی برای او ناممکن می گردد. طبق نظر آیزنک، رفتار افراد روان پریش بسیار شبیه افراد ضد اجتماعی است. به طور کلی ویژگیهای این افراد عبارت است از: سردی، بی رحمی، عدم حساسیت اجتماعی، عدم هیجان، بی اعتنا به خطر، تنفر از دیگران و رفتارهای غیر عادی و عجیب. آیزنک شرح می دهد افراد که در بعد برونگرایی قرار دارند، نیازمند سطوح بالاتری از تحریکات محیطی هستند که این نتیجه ساختار زیستی دستگاه اعصاب آنان است. چون برونگراها نیاز زیادی برای هیجان و تحریک پذیری دارند و حوصله شان خیلی زود سر می رود، بنابراین بیشتر احتمال دارد تا ضد قانون و اجتماع عمل کنند. همچنین روان نژندی ها عامل مهمی برای جرم در افراد بزرگسالان به حساب می آید. در کل نظریه مبنی بر اینکه افراد مجرم و ضد اجتماع باید در مقیاس برونگرایی نمره بالاتری بیاورند مورد تاکید قرار گرفته است (۹۹).

مدل پنج عاملی شخصیت

نظریه پنج عاملی شخصیت که به پنج عامل بزرگ نیز معروف است، از سوی دو روان شناس ساکن ایالات متحده به نام کاستا و مک ری در اواخر دهه ۸۰ میلادی ارائه شد و در اوایل دهه ۹۰ مورد ارزیابی مجدد قرار گرفت. زیر بنای این نظریه در درجه اول کارهای آیزنک بود. ماتیوز^۱ و دیری^۲ (۱۰۰) اشاره دارند که این نظریه از جهاتی دارای پایه های منطق کلامی، و از زوایایی دارای زیر بنای آماری است. دیگمن^۳ (۱۰۱) معتقد است که طرح پنج عاملی ساختار، ویژگیهای شخصیت را نشان می دهد و محصول چهار دهه تلاش و کوشش علمی در این زمینه است.

^۱ . Matthews

^۲ . Deary

^۳ . Digman

پنج عامل اصلی یا بزرگ عبارتند از: نوروتیسزم (N) که عصبیت یا بی ثباتی هیجانی نیز نامیده شده، برونگرایی E، باز بودن به تجربه (O)، دلپذیر بودن یا توافق (A) و وجدانی بودن (C). از نظر بلوک^۱ (۱۹۹۵) عوامل N و E از تحلیل های کتل گرفته شده، عامل O درونزاد کاستا و مک کری و عوامل A و C از تحلیل واژگان موجود در زبان انگلیسی به دست آمده اند (۱۹).

جدول شماره ۲-۲: پژوهش های تایید کننده پنج عامل بزرگ (۱۹)

| C | A | O | E | N | نحوه گردآوری | مطالعه |
|--------------------|--|--------------|------------------------------|----------------------------------|--|---|
| وفاق | سازگاری اجتماعی | کنجکاوی ذهنی | مطمئن - بروز دهنده خویش | هیجان تحت کنترل | خود فرد، شاهد، دوستان | فیسک ^۲ (۱۹۴۹) |
| مسئول | دوست داشتنی | روشنفکر | قاطع | هیجانی | خود فرد، دوستان (دو مطالعه) | بورگاتا ^۳ (۱۹۶۴) |
| وجدانی بودن | توافق | فرهنگ | برونگرایی | ثبات هیجانی | خود فرد، دوستان | نورمن ^۴ (۱۹۶۳) |
| نیرومند ی ویژگیها | توافق | موشکاف | برونگرا | هیجانی | دوستان | اسمیت (۱۹۶۷) |
| مشتاق عمل و موفقیت | تبعیت دوستانه در مقابل کینه توزی و عدم تبعیت | فهم | برونگرایی در مقابل درونگرایی | نیرومندی ایگو در مقابل درونگرایی | تحلیل مجدد اطلاعات پژوهشی کاتل، توپز و چریستال و دیگر پژوهش ها | دیگمن و تیک موتوچوک ^۵ (۱۹۹۰) |
| وجدانی بودن | توافق | فهم | پیشگام | ثبات هیجانی | خود فرد | گلدبرگ ^۶ (۱۹۹۰) |

۱ . Block

۲ . Fiske

۳ . Borgatta

۴ . Norman

۵ . Takemoto – chock

۶ . Goldberg

علی رغم تاکید تحقیقی تعداد کثیری از محققان بر عوامل پنج گانه شخصیت، اصطلاحات گوناگونی برای هر بعد بکار رفته است که این تنوع صرفاً محدود به اصطلاحات است نه مفاهیم پایه ای هر بعد، اما عناوین اصلی که معمولاً در تحقیقات مختلف بکار می رود بدین صورت است:

۱. برون گرایی، درون گرایی (یا شاد خویی) (E)

۲. رفاقت، خصومت (یا دلپذیری) (A)

۳. با وجدان بودن (یا اراده) (C)

۴. روان رنجور خویی (یا ثبات عاطفی) (N)

۵. عقل (یا انعطاف پذیری) (O)

به منظور توصیف معنی این عوامل در جدول (۲-۲) تعدادی از ویژگیهای این صفات را که نمره بالا یا پایین افراد را در هر عمل شرح می دهد، آورده ایم.

روان رنجور خویی در برابر ثبات هیجانی قرار می گیرد و طیف وسیعی از احساسات منفی از جمله اضطراب، غمگینی، بد خلقی، تحریک پذیری و عصبیت را در بر می گیرد. باز بودن نسبت به تجربه، نشان دهنده گستردگی، عمق و پیچیدگی ذهنی در تجارب زندگی فرد است. برونگرایی و سازگاری، صفاتی را در بر می گیرد که درون فردی است یعنی نشان می دهد که افراد با یکدیگر و برای یکدیگر چه می کنند. سرانجام با وجدان بودن، نشان دهنده رفتار وظیفه مدار و هدف مدار است و از لحاظ اجتماعی، نظارت بی وقفه را اقتضاء می کند (۹۶).

مدل پنج عاملی شخصیت در مخالفت با سیستم های ساختاری شخصیت آمده است و نشان می - دهد که بسیاری از صفات را می توان بر حسب ابعاد اساسی روان رنجور خویی، برونگرایی، باز بودن به تجربه، دلپذیر بودن و با وجدان بودن نشان داد. اما می دانیم که این صفات را می توان با گزارش شخصی یا درجه بندی های منابع دیگر با درجه صحت قابل قبولی مورد اندازه گیری قرار داد.

جدول ۳-۲: توصیف ابعاد پنجگانه شخصیت (۱۰۲).

| ویژگیهای افراد با نمرات بالا | مقیاسهای صفت | ویژگیهای افراد با نمرات پایین |
|--|----------------------|--|
| نگران، عصبی، هیجانی، نامطمئن، بی کفایت و ترسو | روان رنجورخویی (N) | آرام، خونسرد، غیر هیجانی، با قدرت، مطمئن، متکی به خود |
| خونگرم، فعال، پر حرف، اجتماعی، فرد مدار، خوش بین، مهربان | برون گرایی (E) | تودار، متین، بی اشتیاق، نجوش، تکلیف مدار، کناره گیر، آرام |
| کنجکاو، با علایق متنوع، خلاق، مبتکر، تخیلی، غیر سنتی | بازبودن به تجربه (O) | منفی، غیر خلاق، بی علاقه، بی توجه به هنر، غیر تخیلی |
| خوش قلب، خوش خلق، قابل اعتماد، دارای حس همکاری، با گذشت، خوش باور، مصمم | دلپذیر بودن (A) | خودخواه، بدخلق، بدگمان، تکرو، کینه توز، بی ثبات، تاثیرپذیر |
| منظم، قابل اعتماد، سخت کوش، خود تنظیم، وقت شناس، دقیق، تمیز، برانگیخته، پر استقامت | با وجدان بودن (C) | بی هدف، غیر قابل اعتماد، تنبل، بی دقت، بی بند و بار، مساعد کار، بی آرمان، لذت جو |

اختلالات روانی

طبق DSM-IV-TR، اختلال روانی را می توان یک سندرم یا الگوی رفتاری یا روانشناختی دانست که با احساس ناراحتی (مثل علامتی دردناک) یا ناتوانی (مثل تخریب در یک یا چند زمینه کارکردی) همراه است. به علاوه، سندرم یا الگو نباید فقط پاسخی قابل انتظار و تأیید شده از نظر اجتماعی نسبت به یک رویداد خاص، نظیر مرگ یک فرد عزیز باشد.

اختلالات شبه جسمی

اصطلاح شبه جسمی^۱ از ریشه soma یونانی به معنی جسم اخذ شده است، و اختلالات شبه جسمی گروهی وسیع از بیماریها هستند که علائم و نشانه های جسمی یک جزء اساسی آنها است. این اختلالات در برگیرنده کنش های متقابل جسم - روان هستند که در آنها مغز، به طرقی که هنوز

1. somatoform disorders

به خوبی مشخص نیست، هشدارهای مختلف صادر می کند. که اثرش بر هشیاری فرد القاء وجود مسائل جسمی جدی است. به علاوه، تغییرات جزئی یا هنوز شناخته نشده در نوروشیمی، نورو فیزیولوژی، و نورو ایمنونولوژی ممکن است از مکانیزم های ناشناخته روانی یا مغزی حاصل شوند. که به وجود آورنده بیماری هستند.

از دیدگاه طبقه بندی، اختلالات شبه جسمی نخستین بار در سال ۱۹۸۰ در DSM-III بصورت اختلالاتی که در آنها احساس ها یا کارکردهای جسمی، به عنوان کانون غالب بیمار، تحت تاثیر یک اختلال روانی قرار می گیرند با هم گروه بندی شدند این گروه بندی مبتنی بر ساختار نظری یا یافته های آزمایشگاهی نبود. در واقع بررسی های جسمی یا آزمایشگاهی بطور ثابت از نشان دادن داده های اساسی در مورد شکایات بیمار، که در عین حال جدی و واقعی هستند، ناتوان بوده اند. بیماران مبتلا به اختلالات شبه جسمی معتقدند که ناراحتی آنها از نوعی اختلال جسمی کشف نشده و درمان نشده ناشی می شود. بطوری که چارلز بیرد^۱ در سال ۱۸۸۱ نوشت: شکایات تخیلی نیستند. پزشک امروزی که با حرف هائی مبنی بر اینکه شکایات او خیالی است بیمار را از سر خود وا می کند. ، در واقع هم در مورد بیمار و هم حرفه پزشکی کوتاهی می کند.

در متن بازنگری شده چهارمین چاپ تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) پنج اختلال شبه جسمی خاص شناخته شده است:

- ۱- اختلال جسمانی کردن با شکایت جسمی متعدد که به دستگاه های مختلف مربوط می شوند مشخص است.
- ۲- اختلال تبدیلی با ۱ یا ۲ شکایت نورولوژیک مشخص است.
- ۳- خود بیمار انگاری بیشتر با باور بیمار به داشتن یک بیماری خاص مشخص است تا تمرکز روی علائم.
- ۴- اختلال بدریختی بدن با باور اشتباهی یا درک اغراق آمیز از معیوب بودن قسمتی از بدن مشخص است.
- ۵- اختلال درد با علائم درد که یا فقط به عوامل روانشناختی مربوطند یا تحت تاثیر عوامل روانشناختی شدت می یابند. مشخص می باشد.

DSM-IV-TR دو طبقه تشخیصی ته مانده هم برای اختلالات شبه جسمی دارد.

^۱ - Charles Beard

- ۱- اختلال شبه جسمی نا متمایز مشتمل است بر اختلالات شبه جسمی، که به گونه ای دیگر توصیف نشده اند. و حداقل به مدت شش ماه یا بیشتر دوام داشته اند.
- ۲- اختلال شبه جسمی که به گونه ای دیگر مشخص نشده است (NOS) طبقه ای برای آن گروه از اختلالات شبه جسمی است که شامل ملاک های اختلالات شبه جسمی سابق الذکر نمی گردند. (۲)

اختلال جسمانی کردن

اختلال جسمانی کردن با علائمی جسمی بسیار که بر اساس معاینه جسمی و آزمایشهای لابراتواری، قابل توجیه کافی نیستند مشخص می باشد. این اختلال معمولاً قبل از ۳۰ سالگی شروع می شود، ممکن است سالها دوام پیدا کند. و طبق DSM-IV-TR با ترکیبی از درد و علائم گوارشی، جنسی، و عصبی کاذب مشخص است. اختلال جسمانی کردن از سایر اختلالات شبه جسمی با توجه به تعدد شکایات و دستگاه های متعدد (مثلاً گوارشی و اعصاب) تفکیک می شود. این اختلال مزمن است و با ناراحتی روانشناختی قابل ملاحظه، اختلال در عملکرد اجتماعی و شغلی، و رفتار افراطی در جستجوی کمک طبی همراه می باشد. اختلال جسمانی کردن از زمان مصر قدیم شناخته شده بوده است. نام اولیه اختلال جسمانی کردن هیستری بود، اختلالی که اشتباهاً تصور می شد فقط زن ها را مبتلا می کند. (اسم هیستری از کلمه یونانی hysteria به معنی رحم مشتق شده است) در قرن ۱۷ تامس سیدنهیم عوامل روانشناختی را، که او آنها را تاسف های گذشته نامید، در پاتورنی علائم موثر دانست. در سال ۱۸۵۹، پل بریکه^۱ پزشک فرانسوی به تعدد علائم و دستگاه های مبتلا توجه نموده و به سیر معمولاً مزمن اختلال اشاره کرد. بخاطر همین مشاهدات تا مدتی این اختلال سندرم بریکه خوانده می شد، تا اصطلاح اختلال جسمانی کردن در ایالات متحده بصورت استاندارد در آمد.

همه گیری شناسی

میزان شیوع اختلال جسمانی کردن در طول عمر برای جمعیت کلی ۰/۲ تا ۲ درصد در زنان و ۰/۲ درصد در مردان تخمین زده می شود. تعداد زن های مبتلا به اختلال جسمانی کردن ۵ تا ۲۰ برابر بیشتر از مردها است. هر چند بالاترین تخمین ها ممکن است به تمایل های اولیه به عدم تشخیص اختلال جسمانی کردن در بیماران مذکر باشد. معهذاً، با نسبت ۵ برابر زن ها در جمعیت کلی ممکن

^۱ - Paul Briquet

است ۱ تا ۲ درصد بیماران ممکن است واجد ملاک های تشخیصی اختلال جسمانی کردن باشند. این اختلال رابطه معکوس با موقعیت اجتماعی دارد و بیشتر در طبقات فقیر و کم سواد مشاهده می شود. طبق تعریف اختلال جسمانی کردن قبل از ۳۰ سالگی، و غالباً در دهه دوم عمر شروع می شود. در چندین مطالعه مشاهده شده است که اختلال جسمانی کردن معمولاً با سایر اختلالات روانی توأم دیده می شود. حدود دوسوم تمام بیماران مبتلا به اختلال جسمانی کردن علائم روانی قابل شناسایی دارند و تا ۵۰ درصد آنان به سایر اختلالات روانی مبتلا هستند. صفات و اختلالات شخصیتی وابسته معمولاً آنهایی هستند که با ویژگیهای اجتنابی، پارانوئید، خودشکن^۱، و وسواسی-جبری مشخص هستند. دو اختلالی که در مبتلایان به اختلال جسمانی کردن بیشتر از جمعیت کلی مشاهده نمی شوند عبارتند از اختلال دوقطبی I و سوء مصرف مواد (۲).

سبب شناسی

عوامل روانی - اجتماعی: علت اختلال جسمانی کردن معلوم نیست. فرمول بندی روانی - اجتماعی علت اختلال جسمانی کردن به تغییر علائم به عنوان نوعی ارتباط اجتماعی مربوط می شوند که نتیجه آن اجتناب از تعهدات (مثلاً، اشتغال به کاری که شخص علاقه ای به آن ندارد)، ابزار هیجان (مثلاً خشم گرفتن نسبت به همسر)، یا ابزار سمبولیک یک احساس یاباور (مثلاً، با احساس رد در روده ها) است. تعبیر روانکاوی محدود علائم براین فرضیه متکی است که علائم جانشین تکانه های غریزی سرکوب شده است (۱۰۳).

دیدگاه رفتاری اختلال جسمانی کردن تاکید می کند که آموزش والدین، نمونه واقع شدن والدین، وضوابط اخلاقی ممکن است به بعضی از کودکان بیاموزد که بیشتر از کودکان دیگر اقدام به جسمانی کردن کنند. به علاوه، بعضی از مبتلایان به اختلال جسمانی کردن از خانواده های بی ثبات برآمده اند و مورد بدرفتاری جسمی قرار داشته اند. عوامل اجتماعی، فرهنگی و قومی نیز ممکن است در پیدایش علائم اختلال جسمانی کردن درگیر بوده باشند (۱۰۴).

تشخیص

برای تشخیص اختلال جسمانی کردن، DSM-IV-TR ایجاب می کند که علائم قبل از ۳۰ سالگی شروع شود.

^۱ - self-defeating

در سیر اختلال، بیمار باید حداقل از چهار علامت دردناک، دو علامت معدی - روده ای، یک علامت جنسی، و یک علامت شبه عصبی شاکی باشد، که هیچ یک از آنها بطور کافی با معاینه جسمی و آزمایش های لابراتواری قابل توجیه نیستند.

ملاکهای تشخیصی DSM-IV-TR برای اختلال جسمانی کردن

A- سابقه شکایات فیزیکی متعدد که قبل از ۳۰ سالگی شروع شده، چندین سال دوام یافته و منجر به درمان جوئی یا اختلال قابل ملاحظه در کارکرد اجتماعی، شغلی یا سایر زمینه های مهم گردیده است.

B- هر یک از ملاکهای زیر باید موجود بوده، و علائم بطور منفرد زمانی در طول سیر اختلال روی دهند.

۱. چهار علامت درد: سابقه درد مربوط به حداقل چهار محل یا کارکرد (مثل شکم، کمر یا پشت، مفاصل، اندام ها، سینه، مقعد، در جریان رابطه جنسی، قاعدگی، یا ضمن دفع ادرار)

۲. دو علامت معدی - روده ای ک سابقه حداقل دو علامت معدی - روده ای به غیر از درد (مثل تهوع، اسهال، نفخ، استفراغ خارج از دوره حاملگی، و عدم تحمل چندین نوع غذای متفاوت).

۳. یک علامت جنسی: سابقه حداقل یک علامت جنسی یا تناسلی به غیر از درد (مثل بیتفاوتی جنسی، اختلال کنشی نعوظ یا مربوط به انزال، بی نظمی قاعدگی، خونریزی شدید قاعدگی، استفراغ در تمام دوره حاملگی).

۴. یک علامت نورولوژیک کاذب: سابقه حداقل یک علامت یا نقص یاد آور اختلال عصبی که محدود به درد نباشد (علائم تبدیلی نظیر کوری، دوربینی، کری، فقدان حس لمس یا درد، توهم، آفونی، اختلال هماهنگی یا تعادل، فلج یا ضعف موضعی، اشکال در بلع، یا احساس توده در گلو، احتباس ادراری، تشنج، علائم تجزیه ای مثل آمیزی، یا فقدان هشیاری به غیر از حالت ضعف).

A. وجود (۱) یا (۲)

(۱) پس از تحقیق کافی، هریک از علائم موجود در ملاک B بطور کامل برحسب یک بیماری عمومی شناخته شده یا تاثیر مستقیم یک ماده (تاثیر صدمات، داروهای مجاز یا غیر مجاز یا الکل) قابل توجیه نیست.

(۲) وقتی یک اختلال طبی عمومی وابسته وجود دارد، شکایات جسمی یا ناتوانی اجتماعی و شغلی حاصل فراتر از آن که با توجه به سابقه، معاینه جسمی، یا یافته های آزمایشگاهی انتظار می رود.

B. علائم عمده‌اً ایجاد نشده و بیمار ادای علائم را در نمی‌آورد (بطوری که در اختلال ساختگی یا تمارض مطرح است) (۲).

ویژگی های بالینی

بیماران مبتلا به اختلال شبه جسمی شکایت‌های جسمی گوناگون و سابقه طبی طولانی پیچیده-ای دارند. تهوع و استفراغ (خارج از دوران حاملگی)، اشکال در بلع، درد دستها و پاها، تنگی نفس بدون رابطه با حرکت، آمیزی، عوارض حاملگی و قاعدگی از شایعترین علائم این بیماری به شمار می‌رود. اعتقاد به اینکه شخص تمام عمر بیمار بوده است، در این اختلال شایع است. طبق DSM-IV-TR، این علائم مشتملند بر اختلال در هماهنگی و تعادل، فلج یا ضعف موضعی، اشکال در بلع یا احساس توده در گلو، آفونی با احتباس ادراری، توهمات، فقدان حس لمس یا درد، دوبینی، کوری، کری، تشنج و از دست دادن هشیاری غیر از حالت ضعف. ناراحتی‌های روانی و مسائل بین فردی آشکار وجود دارد، و اضطراب و افسردگی شایعترین حالات روانپزشکی این بیماران است تهدید به خودکشی شایع است، اما خودکشی واقعی به ندرت روی می‌دهد. اگر خود کشی روی دهد معمولاً با سوء مصرف مواد مربوط است. سابقه طبی چنین بیمارانی پر حاشیه، مبهم، بدون دقت، بی‌ثبات و آشفته است. این بیماران بطور کلاسیک (اما نه همیشه) شکایات خود را بطور مهیج، دراماتیک و اغراق آمیز و به زبانی پر آب و تاب بیان می‌کنند. چنین بیمارانی مراحل زمانی را با هم اشتباه کرده و به وضوح علائم فعلی خود را از علائم سابق تفکیک نمی‌کنند. زنان مبتلا به اختلال جسمانی کردن غالباً لباس پوشیدنشان نمایشی است. این افراد را وابسته، خود محور، تشنه تمجید و تعریف، و استاد در بازی دادن دیگران توصیف نموده‌اند. اختلال جسمانی کردن معمولاً با سایر اختلالات روانی، از جمله اختلال افسردگی اساسی، اختلالات شخصیتی، اختلالات وابسته به مواد، اختلال اضطراب منتشر و فوبی ها همراه است؛ ترکیب این اختلالات و علائم مزمن به افزایش میزان بروز مسائل زناشویی شغلی، اجتماعی می‌انجامد (۲).

سیر و پیش آگهی

اختلال جسمانی کردن اختلال مزمن و غالباً ناتوان کننده است. طبق تعریف علائم باید قبل از ۳۰ سالگی ظاهر شده و چند سال دوام داشته باشند. دوره‌های افزایش شدت علائم و پیدایش علائم تازه تصور می‌شود ۶ تا ۹ ماه طول می‌کشد و با دوره‌های ۹ تا ۱۲ ماهه که در آن‌ها علائم کمتری وجود

دارد از هم جدا می شود معهذا، ندرتاً اتفاق می افتد که بیمار مبتلا به اختلال جسمانی کردن حتی یک سال به سراغ پزشک نرود. معمولاً بین دوره های تشدید علائم جسمی و افزایش یا بروز استرس های تازه ارتباط وجود دارد (۲).

روابط میان فردی

یکی از نیازهای اساسی زندگی انسان، تعامل و ارتباط با دیگران است. انسان در طول رشد خود پیوسته برای بقا و پیشرفت خویش محتاج ارتباط با دیگران است که بین این امر با سلامت رابطه ای نزدیک وجود دارد. تمام انسان ها به دنبال یافتن کسانی هستند که با آنها احساس خوشبختی کنند و از زندگی با آنها لذت ببرند و در کنارشان منفعت بیشتری کسب کنند (۱۰۵).

از میان تعاریف ارائه شده برای ارتباط و روابط بین فردی، سه تعریف بنیان تمام تعاریف را پی می ریزد. در نزد ارسطو، ارتباط جست و جو برای دست یافتن به کلیه وسائل و امکانات موجود برای ترغیب و اقناع دیگران است. از دیدگاه روانشناسی اجتماعی و دانشمندان علوم ارتباطات انسانی، ارتباط میان فردی، فرایندی است که طی آن اطلاعات، معانی و احساسات از طریق پیام های کلامی و غیر کلامی با دیگران در میان گذاشته می شود. یعنی همان فرایند ارسال و دریافت پیام را ارتباط گویند. بر طبق تعریف سوم، ارتباط میان فردی، یک تعامل گزینشی نظام مند منحصر به فرد و رو به پیشرفت است که سازنده شناخت طرفین از یکدیگر است و محصول این شناخت، خلق معانی مشترک بین اعضا و طرفین ارتباط است (۱۰۵).

بر اساس همین قاعده گفته می شود که ارتباط میان فردی، هدفمند است. طرفین ارتباط اهدافی دارند و آنها می خواهند از این ارتباط خود نتیجه ای مطلوب بگیرند. از جمله نشانه های هدفمند بودن ارتباط های انسانی، تبدیل شدن این ارتباط ها به فعالیت های تنظیم شده است. یعنی ارتباط برقرارکنندگان صحبت ها و اعمال خویش را متناسب با اهداف خود و الزامات پی ریزی می کنند. عملکرد تنظیم شده، متضمن امکان انتخاب اعمال مختلف و تصمیم گیری بر اساس احتمال دستیابی به هدف مورد نظر صورت می گیرد. (۱۰۵).

انواع ارتباط میان فردی

ارتباطات میان فردی، برحسب تقسیمات متعدد، به انواع مختلف تقسیم می شوند که یکی از معروف ترین آنها به شرح ذیل می باشد.

۱) ارتباط کلامی

ارتباط کلامی، ارتباطی است که محتوا و پیام به کمک کلمات بیان شده منتقل می شود. این قسم شامل تمام جنبه های گفتار یعنی زبان و ابزارهای کلامی همراه آن، مانند تن صدا، سرعت و تکیه صدا می شود (۱۰۶).

۲) ارتباط غیر کلامی

ارتباط غیر کلامی (غیر صوتی) به سایر فعالیت هایی گفته می شود که کارکرد ارتباطی دارند ولی کلمه نیستند و شامل حالت های چهره، ژست، حرکات بدنی حتی آهنگ ادای کلمات، وقفه ها، بلندی صدا، لهجه و... می شود (۱۰۵). ارتباط غیر کلامی وابسته به بافت ارتباط، اهداف مختلفی را برآورده می سازد و حتی گاه به صورت کامل، جایگزین ارتباط کلامی می شود. ارتباط های غیر کلامی، علاوه بر اینکه مکمل کلامی می توانند باشد، حالت عاطفی را نیز بیان می کنند.

قابل توجه است، در حالی که ارتباط کلامی به عنوان یک نماد، چند پهلوی و انتزاعی است، ارتباط غیر کلامی صراحت و قابلیت اعتماد بیشتری دارد. ارتباط های غیر کلامی وابسته به فرهنگ هستند و از اندیشه ها، ارزش ها، آداب و رسوم و پیشینه فرهنگی انسان ها تغذیه می شوند. از جمله مؤلفه های ارتباط غیر کلامی، تماس جسمی، حرکات و وضعیت بدن (حرکات اندام ها، حالات چهره، کیفیت نگاه کردن، ژست ها) می باشد که هر یک بر اساس فرهنگ، زمان و مکان و همچنین مخاطب و دریافت کننده موقعیت، ارائه و مفهوم خاصی پیدا می کنند.

الگوهای چهارگانه ارتباط با دیگران

مهارت های ارتباطی مجموعه ای از رفتارهاست که کیفیت ارتباط بین شخصی را دربر می گیرد. هر شخصی برای برقراری ارتباط با افراد دیگر، سبک و روش خاصی برای خویش دارد و تعداد این روش ها بسیار متفاوت و متعدد است تا جایی که می توان گفت به تعداد تمام افراد بشر، روش برای ارتباط وجود دارد. اما به طور کلی، این روش ها را می توان در چهار الگوی اصلی (چهار سبک رفتاری) خلاصه نمود. این تقسیم بندی بر اساس رفتار عینی و مشاهده ساده میسر است و نیازی به یک تقسیم بندی پیچیده و سیستماتیک (نظام مند) ندارد. این الگوها عبارت اند از: سلطه پذیری، سلطه گری، پرخاشگری و قاطعیت.

۱- سلطه پذیری: ویژگی افراد این الگو، برقراری ارتباط صادقانه، غیر صریح (غیر مستقیم و مبهم)، توأم با احترام به فرد متقابل است. افراد سلطه پذیر، دلمشغولی پرهیز از برخورد با دیگران را

دارند، حتی اگر این کار به قیمت ضایع شدن حق خودشان تمام شود. آنها معمولاً حق را به دیگران می‌دهند و برای خود، ارزش و احترامی قائل نیستند. چنین افرادی در مقابل انتقاد، بسیار مضطرب می‌شوند و معمولاً برخلاف میل خود عمل میکنند. این افراد، اغلب سعی می‌کنند از تعارض فرار کنند. به عبارت دیگر، افراد سلطه‌پذیر و کم رو، به طور کلی هنگامی که با کسی مشکل پیدا می‌کنند، به جای حل مسئله، سعی در پاک کردن صورت مسئله دارند. معمولاً هنگام صحبت کردن، سعی می‌کنند در چشم دیگران نگاه نکنند. در جلسات و مهمانی‌ها معمولاً ساکت هستند و به هنگام ناراحتی، یا این ناراحتی را در خود فرو می‌برند یا اینکه موفق به فرو بردن ناراحتی نشده، با اخم کردن و حرکات و رفتارهای غیر مستقیم، ناراحتی خود را بروز می‌دهند. این افراد، اغلب در ایجاد ارتباط، ناموفق‌اند و مستعد افسردگی هستند. روانشناسان، این‌گونه افراد را با صفت «من مدار» توصیف می‌کنند.

۲- سلطه‌گری: به برقراری ارتباط صادقانه، غیر صریح (مبهم و غیر مستقیم)، و توأم با احترام ظاهری گفته می‌شود. فرد سلطه‌گر، خود و دیگران را به عنوان شیء و نه انسان، مورد بهره‌کشی قرار می‌دهد و سعی می‌کند افراد را در جهت منافع خود فریب دهد و مهار کند. اشخاص سلطه‌گر به‌طور معمول به یک سبک از رفتارها خو می‌کنند و هر گونه رفتار و ارتباطی خارج از این چارچوبها، آنها را به شدت مضطرب و نگران می‌کند. بر همین اساس، افراد سلطه‌گر، سعی در مهار و بهره‌کشی از دیگران و حتی خود دارند؛ چون این اعمال، منجر به احساس ایمنی در آنها می‌شود.

اریک فروم معتقد است که فرد سلطه‌گر، دارای جهتگیری استثمارگری است و این جهت‌گیری منبع تمام خوبیها را خارج از خود می‌داند و با زرنگی سعی می‌کند آنها را به درون مرزهای خود منتقل کند. چنین افرادی محبت و عاطفه را نیز متاعی خارج از خود در نظر می‌گیرند، که باید آن را با زیرکی به دست آورد و یا از دست دیگران بود

زندگی فرد سلطه‌گر، دریای متلاطمی است که باید با نیرنگ به بقای خود در آن ادامه دهد و خود و دیگران را در جهت اهداف قالبی خود به صورت پنهانی مهار و هدایت نماید. به عنوان مثال، مادری که با ارتباط نزدیک و حضور همیشگی کودک خود در کنارش، نیازهای عاطفی خود را ارضا می‌کند و به احساس ایمنی دست می‌یابد، تحمل بزرگ شدن و حرکت تدریجی کودک به سمت استقلال را ندارد. چنین مادری، با روشهای غیر مستقیم و پنهانی سعی می‌کند از مستقل شدن کودکش جلوگیری کند و با انجام دادن کارهای کودکش و رفع نیازهای کودک، در ظاهر به وی محبت می‌کند،

اما در باطن، او را به خود وابسته تر و از یادگیری راههای زندگی و در نتیجه از استقلال، منع می نماید.

این افراد، هر چند ممکن است در کوتاه مدت، موفقیت هایی در روابط به دست بیاورند، اما در دراز مدت، شکست خواهند خورد. این گونه اشخاص، مستعد افسردگی، اختلال، اضطراب و خشم در روابط هستند و روانشناسان به آنها صفت «تو مدار» اطلاق می کنند.

۳- پرخاشگری: برقراری ارتباط صادقانه، نیمه صریح (مستقیم و مبهم) و بدون احترام متقابل است. افراد پرخاشگر، همواره در پی بُردن از دیگران و رقابت با دیگران هستند. آنها همیشه فکر می کنند که حق با آنهاست و این دیگران هستند که مشکل درست می کنند و مسئله ساز هستند. خیلی زود خشمگین می شوند و همواره دیگران را مسئول عصبانیت خود می دانند. از واژه هایی مثل «باید»، زیاد استفاده می کنند و معمولاً توانایی گوش دادن به طرف دیگر را ندارند. هنگامی که با آنها مخالفت می شود، به شدت برافروخته می شوند. ر

نباید تصور کرد که فرد پرخاشگر یعنی کسی که همیشه داد و بیداد می کند ؛ بلکه خیلی از اوقات، این افراد، خشم خود را با زدن برچسبهای تحقیرآمیز و توهین به دیگران نشان می دهند. بی حوصلگی، بی قراری و عجول بودن، جزو خصیصه های این افراد به شمار می رود. این افراد نه برای خودشان احترام قائل اند و نه برای دیگران

۴- قاطعیت: ویژگی افراد دارای این الگو، برقراری ارتباط صادقانه، صریح (مستقیم و روشن) و توأم با احترام متقابل و اصیل (نه ظاهری) است. یک فرد قاطع، هم حق و حقوق خود و هم حق و حقوق دیگران را محترم می شمارد. نکته قابل توجه در مورد افراد قاطع، این است که آنها برخلاف افراد سلطه پذیر (که خود را متهم می کنند)، و برخلاف افراد پرخاشگر (که همواره دیگران را متهم می کنند)، در تبیین و پیدا کردن راه حل، به جای متهم کردن خود و یا دیگران، به مسئله و چگونگی حل آن توجه می کنند. روانشناسان به چنین سبکی از برخورد و ارتباط، «مسئله مداری» می گویند. این افراد، نکات مثبت و منفی را هم در خود و هم در دیگران به صورتی منصفانه می بینند و در عین حال هم برای خود و هم برای دیگران احترام قائل اند. بر همین اساس، در حل تعارضات هم قادرند دیدگاههای خود را به وضوح بیان کنند و هم احترام خود و دیگران را حفظ نمایند. بر همین پایه، این افراد در حل تعارضات، بیشتر برگفتگو تأکید می کنند. بنابراین در ایجاد ارتباط، کاملاً موفق عمل می کند. (۱۰۵)

اختلال فوبی

اصطلاح فوبی^۱ به ترس شدید از یک شیء یا موقعیت یا وضعیت اطلاق می شود. فوبی خاص ترس شدید و پایدار از یک شیء یا موقعیت است. در حالیکه فوبی اجتماعی ترس شدید و مستمر از موقعیتهای است که در آن حالت ممکن است شرمندگی روی دهد.

افراد مبتلا به فوبی خاص ممکن است منتظر آسیب دیدن (مثلاً مورد حمله یک سگ قرار گرفتن) باشند یا از تصور از دست دادن کنترل دچار هراس شوند مثلاً اگر از بودن در داخل آسانسور بترسند ممکن است دچار ضعف شدن پس از بسته شدن در آن نیز باشند. مبتلایان به فوبی اجتماعی (که اختلال اضطراب اجتماعی هم نامیده می شود) از تحقیر شدن و شرمساری در موقعیت های اجتماعی خاص، نظیر گفتگو در جمع، دفع ادرار در توالت عمومی هم نامیده می شود[، و صحبت در قرار ملاقات به شدت می ترسند. تشخیص یک نوع فوبی اجتماعی منتشر که غالباً یک اختلال مزمن و ناتوان کننده مشخص با اجتناب فوبیک از اکثر موقعیت های اجتماعی است، از اختلال شخصیت دوری گزین دشوار است.

فوبی ترسی غیر منطقی است که به اجتناب هشیارانه از شیء، فعالیت یا موقعیت منبع ترس منجر می شود. حضور یا پیش بینی ماهیت فوبیک ناراحتی شدید در شخص مبتلا که می داند واکنش او افراطی است به وجود می آورد. این پاسخ ها ممکن است به شکل یک حمله هراس وابسته به موقعیت یا زمینه سازی شده با موقعیت در آیند. واکنش های فوبیک معمولاً منجر به گسستگی توانایی شخص برای عملکرد در زندگی روزمره می گردند، اما برخی چنین نیستند (مثل ترس از عنکبوت). (۲)

همه گیری شناسی

مطالعات همه گیری شناسی اخیر به این نتیجه رسیدن که فوبی ها شایعترین اختلالات روانی در ایالات متحده هستند. تخمیناً ۵ تا ۱۱ درصد جمعیت مبتلا به این اختلالات ناراحتی برانگیز و گاهی ناتوان کننده هستند. تخمینهای که کمتر محتاطانه بودند، در حد ۲۵ درصد جمعیت ارائه شده اند. ناراحتی مربوط به فوبیها، بخصوص وقتی در حد اختلالات روانی شناخته نشده و اعلام نشوند، می توانند به عوارض دیگر، از جمله سایر اختلالات اضطرابی، اختلال افسردگی اساسی، و اختلالات وابسته به مواد، مخصوصاً اختلالات مصرف الکل منجر شوند. هر چند فوبیها از اختلالات شایع

^۱ - phobia

روانی هستند، درصد بالائی از افراد مبتلا به فوبی برای تسلط به فوبی های خود در پی درمان نمی آیند یا موقع ارزیابی پزشکی یا روانپزشکی تشخیص درست دریافت نمی کند. میزان شیوع فوبی خاص در طول عمر حدود ۱۱ درصد و میزان شیوع فوبی اجتماعی بین ۳ تا ۱۳ درصد گزارش شده است (۲).

فوبی خاص

پیدایش فوبی خاص ممکن است از جفت شدن یک شیء با موقعیت خاص با هیجانات ترس یا هراس ناشی می شود. مکانیسم های مختلفی برای جفت شدن فرض شده است. بطور کلی، میل غیر اختصاصی به تجربه ترس یا اضطراب تشکیل دهنده زمینه است؛ وقتی یک رخداد خاص (مثلاً رانندگی) با یک تجربه هیجانی (مثلاً یک تصادف) جفت می شد، شخص مستعد رابطه هیجانی دائم بین راندن اتومبیل و ترس یا اضطراب است. چون تجربه هیجانی ممکن است پاسخی به یک رخداد درونی، پیش از همه یک حمله هراس باشد. هر چند ممکن است شخص هرگز دوباره حمله هراس پیدا نکند و واجد ملاکهای اختلال هراس نباشد، چنین فردی ممکن است ترس منتشر از رانندگی پیدا کند نه ابتلا به حمله هراس در ضمن رانندگی. سایر مکانیسم های ارتباط بین شیء فوبیک و هیجانات فوبیک مشتمل است بر سر مشق دهی، که در آن شخص واکنش فردی دیگر (مثلاً پدر یا مادر) را مشاهده می کند و انتقال اطلاعات، که در آن شخص در مورد خطرات اشیاء خاص (مثلاً مارهای سمی) آموزش یا هشدار داده می شود.

فوبی خاص شایعتر از فوبی اجتماعی است. فوبی خاص شایعترین اختلال روانی بین زن ها و دومین اختلال شایع روانی، پس از اختلالات وابسته به مواد، بین مردهاست. شیوع شش ماهه فوبی خاص حدود ۵ تا ۱۱ درصد افراد است نسبت زن به مرد حدود دو بر یک است، هر چند در فوبی های مربوط به خون، تزریق، و جراحی، (انواعی از فوبی که در این بخش شرح خواهند شد) این نسبت تقریباً یک به یک است. اوج سن شروع برای انواع مربوط به محیط طبیعی، خون، تزریق و جراحی حدود ۵ تا ۹ سالگی است. هر چند شروع در سنین بالا روی می دهد. برعکس، اوج سن شروع برای نوع موقعیتی (به استثناء ترس از بلندی) در اواسط دهه سوم عمر از، که به سن شروع گذر هراسی نزدیک تر است. اشیاء و موقعیت های منبع ترس در فوبی خاص (بر حسب فراوانی نزولی) عبارتند از حیوانات، طوفان، بلندی بیماری جراحی و مرگ (۲).

عوامل ژنتیک

فوبی خاص میل به انتقال خانوداگی دارد انواع خون، تزریق، و جراحیات مخصوصاً میل به بروز خانوداگی دارند مطالعات گزارش کرده اند که دوسوم تا سه چهارم افراد مبتلا حداقل یک نفر از بستگان درجه اولشان به همان نوع فوبی خاص مبتلا است معهداً، مطالعات دو قلوبی و فرزند پذیری لازم برای رد سهم مهم انتقال غیر ژنتیک فوبی خاص به عمل نیامده است.

فوبی اجتماعی

مطالعات مختلف شروع فوبی اجتماعی را در طول عمر ۳ تا ۱۳ درصد گزارش کرده اند شیوع شش ماهه فوبی اجتماعی حدود ۲ تا ۳ درصد ۱۱۰ است. در مطالعات همه گیر شناسی، زنها بیشتر از مردها مبتلا شناخته می شوند، اما در نمونه های بالینی عکس موضع صادق است. دلایل این مشاهدات متفاوت معلوم نیست. اوج شروع فوبی اجتماعی در دهه دوم عمر است. هر چند شروع در سنین پائین تر مثل ۵ سالگی یا بالاتر مثل ۳۵ سالگی هم شایع است.

چندین مطالعه اجتماعی صفتی را در کودکان که با الگوی ثابت مهار شدن رفتاری مشخص است گزارش نموده اند. این صفت ممکن است در فرزندان پدر و مادر های مبتلا به اختلال هراس شایع باشد و با گذشت زمان و بزرگتر شدن بچه ها به خجالتی بودن شدید تبدیل شود. حداقل بعضی در افراد مبتلا به فوبی اجتماعی در دوران کودکی مهار شدگی رفتاری نشان دادن احتمالاً در ارتباط با این صفت، که ممکن است اساس زیست شناختی داشته باشد، داده های روانشناختی حاکی از این یافته است که والدین مبتلا به فوبی اجتماعی، به عنوان یک گروه، در مقایسه با سایر پدر و مادر ها افرادی بی توجه، طرد کننده، یا بر عکس حمایت کننده مفرط بوده اند. برخی پژوهش های مربوط به فوبی اجتماعی به طیف بین سلطه جویی و سلطه پذیری که در قلمرو حیوانات دیده می شود اشاره کردند. مثلاً افراد سلطه جو ممکن است موقع راه رفتن سر خود را بالا گرفته و تماس چشمی برقرار کنند، در حالی که افراد سلطه پذیر سر خود را پایین انداخته و از تماس چشمی می پرهیزند (۲).

توأم شدن با سایر اختلالات

افراد مبتلا به فوبی اجتماعی ممکن است سابقه سایر اختلالات اضطرابی، اختلالات خلقی، اختلالات وابسته به مواد، و پر اشتهائی روانی داشته باشند. به علاوه، اختلال شخصیت دوری گزین غالباً در مبتلایان به فوبی اجتماعی منتشر مشاهده می گردد گزارش های همبودی فوبی خاص با سایر

اختلالات بین ۵۰ تا ۸۰ درصد است که مشتملند بر اختلالات اضطرابی، اختلال خلقی و اختلال سوء مصرف مواد.

سبب شناسی

فوبی اجتماعی و فوبی خاص انواع دارند و علل دقیق این انواع احتمالاً متفاوتند. حتی بین انواع هم، مثل همه اختلالات روانی، ناهمگونی سببی مشاهده می شود. بیماریزائی فوبی ها، وقتی معلوم شود، ممکن است به صورت یک مدل واکنش متقابل بین عوامل زیست شناختی و ژنتیک از طرفی، و رخدادهای محیطی از طرف دیگر باشد. در انواع فوبی خاص مربوط به خون، تزریق، جراحی، افراد مبتلا ممکن است وارث یک رفلکس وازووگال بسیار قوی بوده باشند که با هیجانات فوبیک رابطه پیدا کند.

عوامل رفتاری

در سال ۱۹۲۰ جان. بی. واتسون مقاله ای به نام واکنش های هیجانی شرطی نوشت که در آن تجربه خود را با آلبرت کوچولو، بچه شیر خواری با فوبی از موش و خرگوش شرح داد. بر عکس هانس کوچولو فروید، که علایم او در سیر طبیعی رشد پدید آمده بود مسائل آلبرت کوچولو نتیجه مستقیم تجربیات علمی دو نفر روانشناس بود، که با استفاده از روش هایی در حیوانات آزمایشگاهی واکنش های شرطی را بطور موفقیت آمیز به وجود آورده بودند. در فرمول بندی واتسون از مدل سنتی واکنش - محرک رفلکس شرطی پاولوفی در پیدایش ابتدائی فوبی ها، کمک گرفته شده است. یعنی، اضطراب به وسیله یک محرک ترسناک طبیعی، که همراه با محرک دوم طبیعتاً خنثی اعمال می شود، ایجاد می گردد. در نتیجه همراهی، بخصوص اگر دو محرک در چند نوبت متوالی همراه شوند، محرک اساساً خنثی به تنهایی توانائی ایجاد اضطراب را پیدا می کند. بنابراین، محرک خنثی محرکی شرطی برای تولید اضطراب می گردد.

در نظریه کلاسیک محرک - واکنش مشاهده می شود که محرک شرطی، اگر بطور دوره ای با محرک غیر شرطی تقویت نشود، تدریجاً توانائی خود را برای ایجاد واکنش از دست می دهد. در فوبی ها، این کاهش واکنش به محرک فوبیک صورت نمی گیرد، ممکن است علائم بدون تقویت خارجی آشکار سالها ادامه یابد. در فرضیه تازه تر، اضطراب سائق تلقی می شود که ارگانیسم را تحریک می کند تا هر چه می تواند برای رفع عاطفه دردناک به عمل آورد. حیوان در جریان رفتار اتفاقی خود به زودی یاد می گیرد که اعمال خاصی او را برای اجتناب از محرک ایجاد کننده

اضطراب قادر می سازد. این الگوهای اجتنابی مدتها در نتیجه تقویتی که از طریق توانائی خود برای رفع اضطراب به دست می آورند ثابت باقی می ماند. این مدل به راحتی قابل انطباق به فوبی ها است چرا که اجتناب از شیء یا موقعیت اضطراب انگیز نقش عمده ای دارد. این رفتار اجتنابی به علت آن در محافظت بیمار از اضطراب فوبیک به صورت علامت ثابتی در آید.

نظریه یادگیری رابطه خاصی با اختلالات فوبیک داشته و توضیح ساده و قابل فهم برای بسیاری از جنبه ها علائم فوبیک ارائه می کند. معهذاً، منتقدین اعتقاد دارند که این فرضیه با مکانیسم های سطحی پیدایش علائم مربوطه است و در مقایسه با فرضیه های روانکاری در ارائه بینش نسبت به برخی از فرایندهای پیچیده تر روانی در گیر فوبی، کمتر مفید است.

عوامل روانکاری

فروید فرمول بندی خاص برای نوروز فوبیک معرفی نمود، که اساساً همچنان توضیح تحلیلی فوبی های ساده و اجتماعی باقی مانده است. فروید چنین فرض نمود که عمل عمده اضطراب هشدار دادن به ایگو در مورد فشار یک سائق ناخودآگاه ممنوع برای ورود به خود آگاه است، تا به این ترتیب ایگو دفاع های خود را تقویت و برای مقابله با نیروی غریزی تهدید کننده بسیج نماید. فروید اختلال فوبیک یا به قول او هیستری اضطرابی را ناشی از تعارض های مربوط به یک موقعیت ادیپال حل نشده می دانست. چون سائق جنسی رنگ حرام بودن خود را در بزرگسالی حفظ می کند. تحریک جنسی موجب شعله ور شدن اضطرابی می گردد که بطور مشخص ترس از اختگی است وقتی واپس زدن به تنهایی توفیقی به دست نیابد، ایگو از سایر مکانیسم های دفاعی کمک می گیرد. در بیماران فوبیک دفاع در درجه اول به صورت استفاده از جابجائی است یعنی تعارض جنسی از شخص بر انگیزنده تعارض به موقعیت یا شیء به ظاهر بی اهمیت و بیربط منتقل می شود که این شیء با موقعیت جدید قدرت بر انگیزختن مجموعه عواطف از جمله اضطراب هشداردهنده را دارد. غالباً می توان رابطه مستقیمی را بین شیء یا موقعیت فوبیک یا منبع اولیه تعارض مشاهده کرد، یعنی نوعی نماد سازی صورت می گیرد (نماد سازی یکی از مکانیسم دفاعی دیگر، اجتناب امکان پرهیز از اضطراب شدید را تسهیل می کند. نتیجه نهائی این است که اختلاط سه دفاع (واپس زدن، جابجائی و نماد سازی) ممکن است اضطراب را رفع کند. معهذاً، اضطراب به بهای پیدایش یک نوروزفوبیک زایل می گردد. فروید نخستین بار در مورد این فرمول بندی در پیدایش فوبی، در شرح حال معروف هانس کوچولو، پسر بچه ۵ ساله ای که از اسب ها می ترسید شرح داد.

هر چند روانپزشکان تابع فروید ابتدا تصور کردند که فوبی ها از اضطراب اختگی ناشی می گردند، فرضیه های تازه تر حاکی است که سایر انواع اضطراب ممکن است دخیل باشند. مثلاً، در گذر هراسی، اضطراب جدائی آشکارا نقش عمده ای دارد و در اریتروفوبیا (که به صورت ترس از گل انداختن صورت تظاهر می کند)، جزء شرم درگیری اضطراب سوپرایگو را مطرح می سازد. احتمالاً این نظریه که اضطراب مربوط به فوبی ها از منابع و انواع گوناگون مایه می گیرد با مشاهدات بالینی هماهنگی بیشتری دارد.

فوبی نشان دهنده تعامل بین استعداد ژنتیک سرشتی و عوامل استرس زای محیطی هستند. مطالعات طولی حاکی است که بعضی از کودکان بطور سرشتی مستعد فوبی ها هستند چون با یک مزاج خاص مشهور به مهار شدن رفتای در مقابل نا آشنا متولد می گردند. معهذاً انواعی از استرس های مزمن محیطی ممکن است بر استعداد اثری موثر واقع شده و یک فوبی تمام عیار به وجود آورد. استرس هایی نظیر مرگ والدین، جدائی از پدر یا مادر، تحقیر و انتقاد برادر یا خواهر بزرگتر، خشونت در محیط خانه ممکن است موجب فعال شدن استعداد نهفته کودک شده و علائم فوبی در او تظاهر نماید. مروری بر وجوه روان پویشی فوبی ها در جدول ۴-۲ آمده است.

جدول ۴-۲: مایه های روان پویشی فوبی ها

مکانیزم های دفاعی اساسی مشتملند بر: جانشین سازی، فرافکنی و اجتناب عوامل استرس زای محیطی، از جمله تحقیر و انتقاد خواهر یا برادر بزرگتر، مشاجره والدین، فقدان یا جدائی از والدین، یا استعداد ژنتیک - سرشتی اثر متقابل دارند. الگوی مشخص روابط با شی درونی در موقعیت های اجتماعی در مورد فوبی اجتماعی برونسازی می گردد.

شرم و سراسیمگی حالات عاطفی اساسی هستند.

اعضاء خانواده ممکن است رفتار فوبیک را تشویق کنند و سدی در مقابل هر طرح درمانی باشند.

رویاروئی با موقعیت ترس آور اصل اساسی همه درمان ها است.

گرایش های ضد فوبی^۱

اتو فنیکل توجه به این واقعیت را که اضطراب فوبیک می تواند خود را پشت گرایش ها و الگوهای رفتاری که نشان دهنده انکار هستند پنهان کند (خواه شیء یا موقعیت فوبیک واقعاً خطرناک است یا شخص از آن می ترسد) لازم می داند. اساس این پدیده وارونه شدن موقعیتی است که در آن شخص قربانی فعل پذیر موقعیت های برونی است به وضعیتی که فعالانه سعی می کند با آنچه او را می ترساند مقابله کرده و برآن تسلط یابد. شخص ضد فوبیک دنبال خطر می گردد و هیجانزاده به سوی آن می شتابد. مثلاً، عاشقان ورزشهای خطرناک، مثل پرش با چتر یا صخره پیمائی ممکن است ثانوی بر اضطراب های فوبیک بوده، یا به صورت روش مدارای عادی با موقعیت های واقعاً خطرناک مورد استفاده قرارگیرند. بازی های بچه ها ممکن است اجزاء ضد فوبیک در براداشته باشد، مثل بازی رایج دکتر و مریض که در آن کودک تزریقی را که خود روز قبل در مطب متخصص اطفال تحمل کرده است روی عروسک خود امتحان می کند. این الگوی رفتاری ممکن است مکانیسم دفاعی همانند سازی با پرخاشگر را نیز در برگیرد.

پر خاشگری

هر چند تعاریف زیادی برای پرخاشگری^۲ ارائه شده، تعریف این اصطلاح به آسانی میسر نیست. رفتار پرخاشگرانه در انسانها به شکل اعمال خشن نسبت به دیگران فرض می شود، که ممکن است موجب اجتناب دیگران یا مقابله به مثل بسیاری از آنان می گردد. پرخاشگری تلویحاً به قصد آسیب زدن یا به نوعی آزار دادن فردی دیگر صورت می گیرد، مفهومی که از رخداد های قبل یا پس از اعمال پرخاشگرانه استنباط می شود.

سیستم طبقه بندی پرخاشگری حول الگوهای رفتاری تنظیم شده است؛ یعنی، الگوی رفتار یکه شکل مشابه دارند به یک طبقه اختصاص داده می شوند. مثلاً یک طبقه رفتار پرخاشگرانه ممکن است شامل حملات فیزیکی بر علیه خود، فردی دیگر، حملات فیزیکی بر علیه اشیا و دیگران باشد. اصطلاح پرخاشگری اختصاصاً در متن بازنگری شده چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) انجمن روانپزشکان آمریکا تعریف نشده است. تعریف مورد استفاده در این بخش، که به رفتارهای معطوف به آزدن جسمی دیگران نسبت داده می شود، به

^۱. counterphobic

^۲. aggression

اتکای پیامد کوتاه مدت، آسیب به دیگران، جنبه توصیفی دارد. بسیاری از رفتارها هر چند با صدمه فیزیکی همراه نیستند پرخاشگرانه هستند. پرخاشگری کلامی یکی از آنها است. نمونه های دیگر مشتملند بر زورگویی، تهدید، سبک مدیریتی که در دیگران پیامدهای روانشناختی مضر ایجاد می کنند و کارشکنی اجتماعی طرح ریزی شده شده. اهمیت این رفتار در زندگی روزمره نباید اندک گرفته شود؛ همچنین اثر آنها در احترام به نفس، موقعیت اجتماعی، و نشاط دریافت کننده آنها (۲۹).

تخیلات در برابر واقعیات

شخص ممکن است افکار یا تخیلات خوشونت داشته باشد، اما تا زمانی که کنترل خود را از دست ندهد، افکار تبدیل به عمل نمی گردد. هرگونه شرایطی که افزایش تکانه های پرخاشگری را در زمینه کاهش کنترل فراهم نماید ممکن است به بروز خوشونت منجر شود. موقعیت هایی که در آنها ترکیبی از عوامل ممکن است مشاهده شود مشتمل است بر حالات سمی و عضوی، ناتوانی های رشدی، روانپریشی آشکار، اختلال سلوک و استرس های شکننده روانشناختی و محیطی، جدول ۵-۲ برخی از اختلالات ذکر شده در DSM-IV-TR که با خوشونت و رفتارهای پرخاشگرانه ربط داده شده است را نشان می دهد.

جدول ۵-۲: برخی از اختلالات DSM-IV-TR که با پرخاشگری مربوطند

- عقب ماندگی ذهنی
- اختلال کمبود توجه / بیش فعالی
- اختلال سلوک
- اختلالات شناختی
 - دلیریوم
 - دمانس
- اختلالات پسیکوتیک
 - اسکیزوفرنی
 - اختلال پسیکوتیک که به گونه ای دیگر مشخص نشده است
- اختلالات خلقی
 - اختلال خلقی ناشی از یک اختلال طبی کلی
 - اختلال خلقی ناشی از مصرف مواد

ادامه جدول ۵-۲: برخی از اختلالات DSM-IV-TR که با پرخاشگری مربوطند

- اختلال انفجاری متناوب
- اختلال انطباق با آشفتگی سلوک
- اختلال شخصیتی
- اختلال شخصیت پارانوئید
- اختلال شخصیت ضد اجتماعی
- اختلال شخصیت مرزی
- اختلال شخصیت خود شیفته

محور کد های V

رفتار ضد اجتماعی کودک، نوجوان و بزرگسال

عوامل پیش بینی کننده پرخاشگری

اکثر افراد بالغ که مرتکب اعمال خشن می گردند چه اختلال روانی داشته باشند و چه نه، بیشتر احتمال دارد که خشونت خود را متوجه افراد آشنا، معمولاً اعضاء خانواده، سازند. این واقعیت نشان می دهد که خشونت توزیع بدون تبعیض ندارد. استثناء احتمالی بر این گونه خشونت گزارش شده در پسرهای نوجوان است، که به آشنایان یا افراد غریبه معطوف می گردد.

به طور کلی، احتمال رفتار خشن با پسران روانشناختی فزاینده و شاید شروع حاد بیماری روانی بالا می رود. از سایر لحاظ اطلاعات در مورد رابطه سیر بیماری و خشونت اندک است. فروپاشی دوره ای در کسانی که مقادیر زیادی الکل مصرف کرده اند ممکن است روی دهد: بیش از ۵۰ درصد کسانی که موجب دیگر کشی جنایی می شوند یا رفتارهای تهاجمی نشان می دهند، گزارش شده است که بلافاصله قبل از اقدام مقدار زیادی الکل مصرف کرده بوده اند.

اخیراً علاقه فزاینده ای به تفاوت های جنسی در استعداد برای ارتکاب خشونت ابراز شده است. برای خشونت های طبقه بندی شده به عنوان قتل، ضرب و جرح یا تجاوز به عنف، میزان شیوع به وضوح برای مردها بیشتر از زن ها است. در خشونت های خانوادگی، که یکی از طرفین ازدواج به آزار دیگری می پردازد، شیوع برای دو جنس تقریباً برابر است.

نظریات رفتار پرخاشگرانه

پرخاشگری به عنوان رفتار غریزی، نظریه فروید

فروید در مقالات اولیه خود رفتار انسان را حاصل مستقیم یا غیر مستقیم eros - غریزه زندگی - معرفی می کند، که انرژی آن، یا لیدو، معطوف به طولانی تر کردن زندگی و توالد و تناسل است. در این چهارچوب، پرخاشگری به طور ساده واکنش در مقابل توقیف یا ابطال تکانه های لیبیدویی تلقی می شود. از این دیدگاه، پرخاشگری نه جزء خودکار و نه غیر قابل اجتناب زندگی شمرده شده است.

پس از حوادث غم بار جنگ جهانی اول، فروید تدریجاً موضع تیره تری در مقابل ماهیت پرخاشگری انسان انتخاب کرد. او وجود غریزه مهم دیگر، غریزه مرگ^۱ را مطرح ساخت، که انرژی معطوف به تخریب و خاتمه دادن به زندگی است به نظر فروید، تمام رفتار انسان از تعامل پیچیده این غریزه و غریزه زندگی، و تنش مدام بین آن دو ناشی می گردد.

چون غریزه مرگ، اگر مهار نشود، به خود ویرانگری^۲ سریع منجر می گردد، چنین فرض شد که از طریق مکانیسم های دیگر، نظیر جابجایی، انرژی غریزه مرگ مجدداً متوجه خارج می شود، به طوری که پایه ای برای پرخاشگری در مقابل دیگران را به وجود می آورد. از دیدگاه فروید، پرخاشگری در درجه اول از تغییر جهت غریزه خود ویرانگر مرگ از خود به طرف دیگران ناشی می شود (۲۹).

نظریه لورنز

به عقیده کنراد لورنز^۳ پرخاشگری، که موجب آسیب رساندن به دیگران می گردد، از غریزه جنگیدن برمی خیزد که مشترک بین انسان و سایر ارگانیسم ها است. انرژی مربوط به این غریزه به طور خود به خود با عیاری کم یا بیش ثابت در ارگانیسم تولید می شود، احتمال پرخاشگری در نتیجه بالا رفتن میزان انرژی انبار شده و وجود و شدت محرک های آزاد کننده پرخاشگری افزایش می یابد. پرخاشگری غیر قابل اجتناب است، و گاهی حملات خودبخودی آن روی می دهد.

^۱. thanatos

^۲. self- destruction

^۳. Konrad Lornz

رفتار آموخته شده

از این دیدگاه پرخاشگری در درجه اول نوعی رفتار اجتماعی آموخته شده تلقی می شود- رفتاری که تقریباً به همان طریق سایر فعالیت ها کسب شده و حفظ می شود. طبق نظر بندورا، نه انگیزه های فطری معطوف به خشونت و نه سائق های پرخاشگری ناشی از ناکامی ریشه پرخاشگری انسان نیست، انسانها یکدیگر را مورد حمله قرار می دهند چون از تجربیات گذشته واکنش های پرخاشگری را یاد گرفته اند، برای انجام اعمال پرخاشگرانه انتظار پاداش های گوناگون داشته یا به دست می آورند، و یا شرایط اجتماعی و محیطی خاص آنها را مستقیماً به طرف پرخاشگری سوق می دهند. برعکس فرضیه های غریزی و سائق (نمایش روانشناختی نیاز که ارگانیسم را به جستجوی هدف و می دارد)، دیدگاه یادگیری اجتماعی پرخاشگری را یک یا چند علت احتمالی نسبت نمی دهند. طبق این فرضیه ریشه های چنین رفتاری حدود متغیری دارد، از تجربیات گذشته پرخاشگر گرفته تا یادگیری و انواع گوناگونی از عوامل موقعیتی خارجی مثلاً، در زمان جنگ سربازان برای کشتن دشمنان مدال می گیرند، و ورزشکاران حرفه ای برای رقابت های پرخاشگرانه خود از مزایای مادی و تعریف و تمجید وسیع برخوردار می گردند.

عوامل اجتماعی

احساس ناکامی - تنها عامل بسیاری مهم که افراد بشر را به پرخاشگری وامی دارد، ناکامی است. پذیرش وسیع این دیدگاه از نظریه ناکامی - پرخاشگری جان دلدن^۱ مایه می گیرد. این نظریه در فرم ابتدایی خود حاکی بود که ناکامی همیشه منجر به پرخاشگری می گردد، و پرخاشگری همیشه ناشی از ناکامی است.

معهدا، اینک معلوم شده است، که افراد ناکام همیشه با افکار، کلمات و اعمال پرخاشگرانه به ناکامی خود واکنش نشان نمی دهند. در واقع ممکن است واکنش های گوناگونی نشان دهند، از کناره گیری، افسردگی و در مانگی گرفته تا تلاش برای تسلط بر منبع ناکامی. همچنین آشکار شده است که تمام پرخاشگری ها از ناکامی ناشی نمی گردد. مردم (مثل بوکس بازها و فوتبالیستها) به دلایل مختلف و در واکنش به محرک های گوناگون رفتار پرخاشگرانه نشان می دهند.

بررسی دقیق قرائن موجود حاکی است که نقش ناکامی در به وجود آوردن یا نیاوردن پرخاشگری آشکار به طور عمده دو عامل بستگی دارد. نخست، به نظر می رسد که ناکامی زمانی

^۱. Jahn Dolland

موجب افزایش پرخاشگری می گردد که نسبتاً شدید باشد. اگر خفیف یا متوسط باشد ممکن است موجب تشدید پرخاشگری نگردد. ثانیاً، قرائن فزاینده حاکی است که ناکامی زمانی بیشتر احتمال دارد پرخاشگری به وجود آورد که ناحق و استبدادی تلقی شود تا منصفانه و به حق.

تحریک مستقیم - قرائن موجود حاکی است که بد رفتار و اهانت کلامی دیگران غالباً عامل عمده ای در آشکار ساختن اعمال پرخاشگرانه در شخص است. وقتی پرخاشگری شروع شد، معمولاً الگوئی فزاینده پیدا می کند، و در نتیجه حتی ضربه ای خفیف و کلامی بی اهمیت ممکن است موجب شروع فرآیندی گردد که در آن تحریکات قوی تر مبادله شوند.

تلویزیون و پرخاشگری - رابطه بین پرخاشگری و قرار گرفتن در معرض خشونت های تلویزیونی مورد توجه قرار گرفته است. هرچه کودکان فیلم های خشن تری را در تلویزیون تماشا کنند، خشونت بیشتری نسبت به دیگران نشان خواهند داد. به نظر می رسد با گذشت زمان این رابطه عمیق تر می گردد، که حاکی از تاثیر تراکمی خشونت و سائل ارتباط جمعی است. نگرانی های مشابه در مورد بازی های کامپیوتری با مایه های خشونت ابراز شده است. برخی از مطالعات حاکی است که نوجوانان نسبت به دیگر کشی، مخصوصاً اگر بازی به کشتن حریفان واقعی مربوط باشد، که غالباً چنین است، حساسیت خود را از دست می دهند.

عوامل محیطی

آلودگی هوا - گزارش شده است که قرار گرفتن در معرض بوهای مضر نظیر بوهای که از کارخانه های سازنده مواد شیمیایی یا سایر مراکز صنعتی خارج می شود، ممکن است موجب تحریک پذیری افراد، و نتیجتاً، پرخاشگری گردد. این اثر احتمالاً تا حدودی قابل قبول است. اگر بوهای مورد نظر واقعاً نامطبوع باشد، پرخاشگری پائین تر می آید - احتمالاً به دلیل اینکه فرار از محیط ناخوشایند گرایش مسلط چنین افرادی می گردد.

سرو صدا - در چندین مطالعه گزارش شده است افرادی که در معرض صداهای بلند و تحریک کننده قرار می گیرند، خشونت مستقیم شدیدتری نسبت به افرادی که در معرض اینگونه شرایط محیطی نیستند، از خود نشان میدهند.

تراکم - بعضی از مطالعات حاکی است که تراکم بیش از حد ممکن است سطح پرخاشگری را بالا ببرد، در مطالعات دیگر چنین رابطه به ثبوت نرسیده است. در موقعیت هایی که واکنش های

تیبیک منفی هستند (مثلاً، مزاحمت، تحریک و ناکامی) تراکم جمعیت ممکن است احتمال انفجاری های پرخاشگرانه را تشدید نماید.

عوامل موقعیتی

بالا بودن سطح تحریک فیزیولوژیک - برخی پژوهش ها حاکی است که تحریک شدید ناشی از علل گوناگون نظیر شرکت در فعالیت های مسابقه ای، ورزش های سنگین، و مشاهده فیلم های تحریک کننده موجب افزایش پرخاشگری آشکار می گردند.

تحریک جنسی - پژوهش های جدید حاکی است که تاثیر تحریک جنسی بر پرخاشگری قویاً بستگی به نوع منبع شهوانی مورد استفاده برای ایجاد چنین واکنش هایی، و نیز ماهیت دقیق خود واکنش ها دارد.

درد - درد جسمی ممکن است عاملی برای تحریک سائق پرخاشگری گردد - انگیزه برای مضروب یا مجروح ساختن. این انگیزه به نوبه خود ممکن است در مقابل هر هدف قابل وصول، از جمله آنها که به هیچ عنوان نقشی در ایجاد ناراحتی برای پرخاشگری نداشته اند، ظاهر گردد. این فرضیه علت پرخاشگری افرادی را که خود در معرض پرخاشگری قرار گرفته اند توجیه می کند. به دلیل حجم زیاد نظریه های تاثیر عوامل زیست شناختی و عوامل ژنتیکی در بروز پرخاشگری از اشاره به آنها صرف نظر می کنیم.

همه گیر شناسی

بر اساس گزارش دایره آگاهی فدرال امریکا در سال ۱۹۸۸، ۱۵۶۶۲۲۰ مورد جرایم خشونت آمیز از قبیل تجاوز به عنف، سرقت، اعمال زور و تهاجم منجر به ضرب و جرح روی داده است. مقایسه این آمار با یک سال قبل از آن، ۱۶٪ افزایش را نشان می دهد.

بر پایه گزارشی که از مرکز جرم شناسی اداره تحقیقات فدرال چهار سال بعد - یعنی ۱۹۹۲ - ارائه شد، میزان جرم و جنایت به رقمی بالغ بر ۱۹۳۲۲۷۴ فقره رسیده است. از این تعداد ۱۱۹۰۶۳ فقره تجاوز به عنف و ۲۳۷۶۰ فقره مربوط به آدم کشی بوده است. تحقیقات نشان می دهد که میزان جرم و خشونت در مناطق شهری بیش از مناطق روستایی است. آدم کشی در بین کسانی که همدیگر را می شناسند شایع تر بوده و بیش از ۵۰٪ آن با اسلحه گرم صورت گرفته است. در امریکا، آدم کشی

دومین علت مرگ و میر در بین سنین ۱۵ تا ۲۴ سالگی است. آدم‌کشی در بین گروه‌هایی که از نظر اجتماعی - اقتصادی در سطح پایین‌تری هستند، شایع‌تر است.

یکی از بدترین پیامدهای پرخاشگری، جنگ‌ها و خشونت‌های بین انسان‌هاست. این موضوع در سطح جهانی و گستره وسیعی از زندگی اجتماعی بشر در طول تاریخ مشاهده می‌شود. تحقیقات نشان می‌دهد که در خلال ۵۶۰۰ سال تاریخ مدون انسان، ۱۴۶۰۰ جنگ به ثبت رسیده است که طول آن بیش از ۲/۶٪ کل سال‌های عمر بشر است.

دریک زمینه یابی در ایالات متحده امریکه بین دانش آموزان دبیرستانی معلوم شد که ۲۸ درصد از پسرها و ۷ درصد از دخترها در یک ماه قبل در نزاع فیزیکی درگیر بوده‌اند. نظیر این پژوهش‌ها در کشور ما نیز اجرا شده که تقریباً به این نتایج نزدیک می‌باشد (۹۸).

کاهش پرخاشگری

یکی از عوامل مؤثر در ازدیاد روحیه پرخاشگری شیوع فقر است. محققان رابطه مستقیمی بین فقر خانواده و میزان تعارض و پرخاشگری شان ذکر کرده‌اند، سطح پایین درآمد سبب می‌شود که در روابط خواهر و برادران و والدین و فرزندان و والدین با یکدیگر پرخاشگری گسترش زیادی پیدا کند. همچنین محققان دریافته‌اند که پدران بیکار بیشتر از پدران شاغل کودکانشان را کتک می‌زنند. هر چند عامل فقر در بروز پرخاشگری بسیار مهم است اما نباید تأثیر تربیت نادرست والدین را بر کودکان نادیده گرفت. در واقع دوری از والدین و تبعیض میان فرزندان موجب افزایش روحیه پرخاشگری و بزهکاری در آنان می‌شود. وقتی والدین خشن کودکان را تنبیه می‌کنند معنایش این است که آنچه را من انجام می‌دهم انجام نده آنچه را که می‌گویم. بنابراین روحیه پرخاشگری در فرد رشد می‌کند.

پیشگیری و کنترل

پیشگیری از مرگ و ناتوانی ناشی از رفتار پرخاشگرانه و وحشیانه یا آدم‌کشی در سطح انفرادی شروع می‌شود.

مثلاً، خشونت در خانواده (نظیر سوء رفتار جنسی فیزیکی با کودک، همسر آزاری، رفتار خودآزارانه) غالباً با پرسش دقیق و شکاکیت از جانب پزشک آشکار می‌گردد. اقدامات پیشگیری مشتمل است بر ارجاع روانپزشکی، اطلاع دادن به مراجع قانونی یا سایر اولیاء امور (در موارد کودک

آزاری و تهدید های خاص به افراد، اجباری است)، و مشاوره توسط افرادی که آموزش مناسب دیده اند. بسیاری از صاحب نظران طرفدار محدود ساختن نمایش خشونت در تلویزیون، سینما و بازی های کامپیوتری، به عنوان یک راه برای کاهش خشونت هستند.

آموزش مهارت های اجتماعی

یکی از دلایل عمده اقدام افراد به رفتارهای پرخاشگرانه مکرر فقدان مهارت های اجتماعی اساسی آنها است. چون راه مکالمه موثر را نمی دانند، راه نادرست را برای اظهار وجود انتخاب می کنند. ناتوانی آنها برای انجام کارهای ساده ای مثل درخواست، مذاکره و شکوه و شکایت غالباً موجب ناراحتی دوستان، آشنایان و بیگانگان می گردد. این نقص های اجتماعی شدید موجب می گردد که مکرراً احساس ناکامی کرده و نسبت به کسانی که با آنها رابطه مستقیم دارند خشمگین و پرخاشگر گردند. یکی از روشهای کاستن از تکرار رفتار خشونت آمیز چنین افرادی آموزش مهارت های اجتماعی به آنها است، چیزی که شدیداً نیازمند آن هستند. آموزش مهارت های اجتماعی در گروههای گوناگون از جمله نوجوان پرخاشگر، پلیس ها، و حتی والدینی که بچه های خود را کتک می زنند مورد استفاده قرار گرفته است. در بسیاری از موارد، تغییرات ژرف در رفتارهای مورد نظر (مثلاً افزایش روابط بین فردی، توانایی بهتر مدارا با طرد شدن و استرس) حاصل شده، و کاهش رفتار خشن مربوط به این تغییرات فراوان مشاهده شده است. این نتایج امیدوار کننده بوده و حاکی است که آموزش مهارت های اجتماعی می تواند روشی امید بخش برای کاستن از خشونت انسانی باشد.

افسردگی

افسردگی مرضی^۱ به قدری شایع است که سرماخوردگی روان پزشکی لقب گرفته است (۱۰۷). در هر مقطع معینی از زمان، ۱۵-۲۰ درصد بزرگسالان، در سطح قابل توجهی، از نشانه های افسردگی، رنج می برند، و حداقل، ۱۲ درصد به میزانی از افسردگی که آنها را در مرحله ای از زندگی به سمت درمان بکشاند، مبتلا هستند و حدس زده می شود که حدود ۷۵ درصد موارد بستری در بیمارستان های روانی را موارد افسردگی تشکیل می دهند. به دلایلی که هنوز روشن نیست در جوامع صنعتی غرب، افسردگی در بین زنان، تقریباً دو برابر این میزان در مردهاست (۱۰۸). بعید به نظر می رسد که فقط یک عامل بتواند وقوع افسردگی را تبیین کند، بلکه افسردگی از تعامل بین چندین عامل مختلف، حاصل می شود. نشان داده شده است که شروع و سیر آن به متغیرهای مختلف زیست شناختی، سابقه

^۱. Clinical depression

بیماری، محیطی و روانی- اجتماعی مربوط می شود. از میان این متغیرها می توان به موارد زیر اشاره کرد: اختلال در کارکرد ناقل های عصبی، سابقه افسردگی یا الکلیسم در خانواده، از دست دادن والدین در دوران کودکی و یا مورد بی توجهی آنان قرار گرفتن، رویدادهای منفی اخیر در زندگی، داشتن همسر عیب جو و یا متخاصم، فقدان ارتباطی نزدیک و اطمینان بخش، فقدان حمایت اجتماعی مناسب و فقدان درازمدت احساس ارزشمندی.

افسردگی در مفهوم مرضی خود، با خلق پایین و گذرایی که اکثر مردم در واکنش بهنجار نسبت به فقدان^۱، از خود نشان می دهند و بسیاری از جنبه های کار کرد آنها بر اثر آن دچار اشکال می شود، کاملاً فرق دارد. وقتی کسی دچار افسردگی مرضی می شود، احساس غمگینی می کند و اغلب به گریه می افتد. احساس گناه عذابش می دهد و معتقد می شود که در حق دیگران کوتاهی می کند. بیش از حد معمول، تحریک پذیر می شود و احساس اضطراب و تنش می کند. وقتی افسردگی به شدیدترین سطح خود برسد ممکن است توانایی واکنش هیجانی را از دست بدهد و به اینجا برسد که احساس خوب و بد چندان تفاوتی برایش نمی کند. لذت بردن از زندگی و علاقمند شدن به انجام کارهای روزمره، برای این عده دشوار می گردد. انرژی کم می شود و انجام هر چیزی به نظر، کاری شاق می رسد. بنابراین سعی می کنند خود را از چیزهایی که معمولاً انجام می دادند دور نگه دارند. و ممکن است ساعت ها قوز کرده روی صندلی بنشینند و یا در رختخواب بمانند. کارهای لذت بخش معمولی مانند خواندن روزنامه یا تماشای تلویزیون دشوار و تحمل ناپذیر می شود، چون تمرکز برآنچه خوانده و یا گفته می شود و نیز یادآوری آنها برایشان دشوار می شود. اشتغال ذهنیشان این است که حالشان چقدر بد است و با چه مشکلات به ظاهر غیر قابل حلّی روبروگشته اند. حتی کارکردهای اولیه جسمی ممکن است در آنها دچار اشکال شود. خواب دشوار می شود. اشتها کم می گردد و تمایل جنسی از بین می رود و خطرناکتر از همه اینکه به نظر می رسد با گذشت زمان هیچ سرانجامی برای این حالت وجود نداشته باشد و نمی توان برای تغییر وضع کاری انجام داد. در ۱۵ درصد خود را می کشند (۱۰۸).

در اکثر موارد، افسردگی از لحاظ زمانی محدود است. دوره های درمان نشده معمولاً پس از ۳ - ۶ ماه از بین می رود. اما احتمال عود زیاد است و حدود ۲۰-۱۵ درصد بیماران، سیر مزمنی را طی می کنند.

^۱. Loss

تاریخچه

از زمانی که بقراط نخستین نظریه علت شناختی افسردگی را با عنوان عارضه سودا ارائه کرد، فرضیه- های متعددی دربارهٔ مبنای افسردگی مطرح شده‌اند و کوشش‌های فراوانی برای درمانگری آن، انجام گرفته‌اند.

معادل اصطلاح سودا در زبان یونانی، اصطلاح مالیخولیاست که امروزه نوع خاصی از افسردگی را مشخص می‌کند. به رغم پایدار ماندن مفهوم مالیخولیا در خلال قرون، همواره معانی مبهم و متفاوتی به آن نسبت داده شده است که با معنای کنونی مالیخولیا^۱ که عبارت است از اختلال عمیق خلقی بر اساس غمگینی مرضی مشخص می‌شود، متفاوت بوده است. در قرن نوزدهم، مؤلفان در گروه هذیان- ها که «تک جنونی» نامیده می‌شدند «هذیان جزئی غمگینی»^۲ یا «مالیخولیای هذیانی»^۳ را متمایز کردند. در وهله بعد، مفاهیم جنون ادواری (فالره)^۴ و جنون دو شکلی (بایارژه)^۵ به منظور متمایز کردن افسردگی‌های راجعه که در تناوب با حالات شادی ناآرام بودند، ظاهر شدند و سپس بیماری اخیر توسط کرپلین، «روان گسستگی آشفتگی - افسردگی»^۶ نامیده شد. اما حالت افسردگی این روان گسستگی، انواع دیگر افسردگی‌ها را پوشش نمی‌دهد و فقط می‌توان آن را به عنوان یک زیر گروه افسردگی‌ها در نظر گرفت (۱۰۹).

طبقه بندی اختلال های خلقی

DSM-IV-TR، اختلال افسردگی اساسی (یا اختلال افسردگی یک قطبی) را اختلالی با یک یا چند دوره افسردگی اساسی بدون سابقه دوره‌های مانی، مختلط یا هیپومانی تعریف کرده است. اختلال دو قطبی I اختلالی با سیر بالینی مرکب از یک یا چند دوره مانی و گاهی دوره‌های افسردگی اساسی است. و نوعی از اختلال دوقطبی مشخص با دوره‌های افسردگی اساسی و هیپومانی به جای مانی، اختلال دو قطبی II نامیده می‌شود. دو اختلال خلقی دیگر، اختلال افسرده‌خویی و اختلال خلقی ادواری نیز مدتی است از نظر بالینی مورد شناسایی قرار گرفته‌اند. DSM-IV-TR، سه طبقه پژوهشی تازه نیز منظور کرده است (اختلال افسردگی جزئی، اختلال افسردگی عود کننده گذرا، و اختلال ملال پیش از قاعدگی) سایر تشخیص‌های DSM-IV-TR، عبارتند از: اختلال خلقی ناشی

^۱.Melancholia

^۲.Monomania

^۳.Lypemania

^۴.Falret.J

^۵.Barillarger.J.c.f

^۶.Manic-depressive psychosis

از اختلال طبی عمومی و اختلال خلقی ناشی از مواد. بالاخره، DSM-IV-TR، شامل سه طبقه ته مانده هم هست - اختلال دوقطبی که به گونه‌ای دیگر مشخص نشده است، اختلال افسردگی که به گونه‌ای دیگر مشخص نشده است، و اختلال خلقی که به گونه‌ای دیگر مشخص نشده است.

اختلال افسردگی اساسی

اختلال افسردگی اساسی ممکن است به تنهایی رخ داده یا بخشی از اختلال دوقطبی باشد. در صورتی که به تنهایی رخ دهد آن را افسردگی یک قطبی نیز می‌گویند. علائم باید حداقل به مدت ۲ هفته ادامه یافته و حاکی از تغییر در عملکرد گذشته بیمار باشند. شیوع آن در زنان ۲ برابر مردان است. وقایع آشکار ساز حداقل در ۲۵ درصد موارد اتفاق می‌افتند. علائم اختلال در طول شبانه روز تغییر می‌کنند و در اوایل صبح وخیم‌تر هستند. کندی روانی - حرکتی یا بیقراری وجود دارد. با نشانه‌های نباتی همراه است. هذیان‌ها و توهمات همخوان با خلق ممکن است رخ دهد. سن متوسط شروع اختلال ۴۰ سالگی است، ولی در هر سنی می‌تواند رخ دهد. عوامل ژنتیکی در آن نقش دارند. اختلال افسردگی ممکن است به صورت یک دوره منفرد در زندگی فرد رخ داده یا ممکن است راجعه باشد. (۲)

همه گیر شناسی

اختلال افسردگی اساسی اختلالی شایع است، با میزان شیوع حدود ۱۵ درصد برای طول عمر، با میزان شیوع، ۵ تا ۱۲ درصد برای مردان و ۱۰ تا ۲۵ درصد برای زنان است. میزان بروز اختلال افسردگی اساسی بین بیماران پزشکان عمومی، به ۱۰ درصد نزدیک می‌شود و بین بیماران داخلی بستری، به ۱۵ درصد می‌رسد (۲).

تشخیص

DSM-IV-TR ملاک‌هایی برای دوره افسردگی اساسی جدا از ملاک‌های تشخیصی برای تشخیص‌های وابسته به افسردگی ذکر کرده است. یک دوره افسردگی اساسی حداقل باید ۲ هفته طول بکشد؛ بطور تیپیک شخص یا افسرده است یا علاقه خود را به اکثر فعالیت‌ها از دست می‌دهد. شخصی که تشخیص اختلال افسردگی اساسی دریافت می‌کند باید حداقل واجد چهار علامت از فهرستی که شامل تغییرات در اشتها و وزن، تغییر در خواب و فعالیت، فقدان نیرو، احساس گناه، مشکلات تفکر، و تصمیم‌گیری و افکار عود کننده مرگ و خودکشی است، باشد (۲).

ویژگیهای بالینی

خلق افسرده و فقدان علاقه و لذت علائم کلیدی افسردگی هستند. بیمار ممکن است اظهار کند که احساس غم، یاس پوچی و بی‌ارزشی می‌کند. برای بیمار خلق افسرده غالباً کیفیت خاصی دارد که با غمگینی معمولی متفاوت است. بعضی از بیماران آن را یک درد روحی توان‌فرسا توصیف می‌کنند. بیماران افسرده گاهی از ناتوانی برای گریه شکایت می‌کنند، علامتی که با بهبود بیماری از بین می‌رود. تقریباً دو سوم بیماران افسرده به خودکشی می‌اندیشند و ۱۰ تا ۱۵ درصد آنها به زندگی خود خاتمه می‌دهند (۲).

تشخیص افتراقی

اختلالات طبی: وقتی یک اختلال طبی غیر روانپزشکی موجب بروز اختلال خلقی می‌گردد، تشخیص DSM-IV-TR اختلال خلقی ناشی از اختلال طبی معمول گذاشته می‌شود. وقتی یک ماده موجب بروز اختلال خلقی می‌شود تشخیص DSM-IV-TR اختلال خلقی ناشی از مواد گذاشته می‌شود.

اختلال عصبی: شایع‌ترین مسائل عصبی که علائم افسردگی ظاهر می‌سازند عبارتند از: بیماری پارکینسون، بیماری‌های ایجاد کننده دمانس (ازجمله بیماری آلزهایمر)، صرع، سکتة مغزی، و تومورها.

دمانس کاذب: تفکیک دمانس کاذب افسردگی از دمانس بیماری‌هایی نظیر آلزهایمر با توجه به شکل بالینی امکان پذیر است. علائم شناختی در افسردگی شروع حادثری دارند و سایر علائم افسردگی، مثل خود ملامتگری وجود دارد. تغییرات ۲۴ ساعته در مسائل شناختی ممکن است وجود داشته باشد. که در دمانس اولیه موجود نیست.

اختلالات روانی: افسردگی می‌تواند عملاً خصوصیتی از همه اختلالات روانی باشد که در DSM-IV-TR ذکر شده است، مثل: اختلال انطباقی با خلق افسرده، اختلال مصرف الکل، اختلال اضطرابی (اختلال اضطراب منتشر، اختلال هراس، اختلال استرس پس از سانحه، اختلال وسواسی-جبری)، اختلال خوردن (بی‌اشتهایی روانی، پراشتهایی روانی)، اختلالات خلقی (اختلال دوقطبی، اختلال خلقی ادواری، اختلال افسرده‌خویی، اختلال افسردگی جزئی، اختلال خلقی ناشی از اختلال

طبی عمومی، اختلال افسردگی زودگذر عود کننده، اختلال خلقی ناشی از مواد)، اسکیزوفرنی، اختلال اسکیزوفرنیفرم، اختلال شبه جسمی (۲).

سیر و پیش آگهی

شروع: حدود ۵۰ درصد بیماران در دوره اول اختلال افسردگی قبل از مشخص شدن دوره، علائم قابل ملاحظه افسردگی داشته‌اند. مفهوم ضمنی آن این است که شناخت و درمان بموقع علائم ممکن است مانع پیدایش یک دوره کامل افسردگی شود. هرچند ممکن است علائم وجود داشته باشند، بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی معمولاً اختلال شخصیتی قبل از بیماری ندارند. در حدود ۵۰ درصد بیماران نخستین دوره افسردگی قبل از ۴۰ سالگی شروع می‌شود. یک دوره افسردگی درمان نشده ۶ تا ۱۳ ماه طول می‌کشد؛ اکثر موارد درمان شده سه ماه دوام می‌یابد. با پیشرفت سیر بیماری؛ دوره‌ها طولانی‌تر و بیشتر می‌گردند. در یک دوره ۲۰ ساله تعداد متوسط دوره‌ها پنج یا شش بوده است. اختلال افسردگی اساسی اختلال خوش‌خیمی نیست. میل به مزمن شدن دارد و بیماران دچار عود بیماری می‌گردند (۲).

درمان افسردگی

دوره های افسردگی اساسی در ۷۰ تا ۸۰ درصد بیماران قابل درمان هستند. برای درمان این اختلال باید داروها را به همراه مداخلات روان درمانی مورد استفاده قرار داد.

۱- درمان دارویی: از جمله مهارکننده‌های بازجذب سروتونین، داروهای نورآدرنژیک و دوپامینرژیک، مهارکننده‌های باز جذب سروتونین - نوراپی نفرین، داروهایی با خواص سروتونرژیک، داروی MAOI داروهای سه حلقه‌ای، درمان با الکتروشوک، لیتیوم، تحریک مغناطیسی مکرر از طریق مجسمه)

۲- درمان‌های روانشناختی: از جمله درمان‌های روانشناختی می‌توان به درمان‌های رفتاری، درمان‌های بین فردی، درمان‌های معطوف به روانکاوی، درمان گروهی، و درمان خانوادگی اشاره کرد. کاربرد روان درمانی به همراه داروهای ضد افسردگی برای درمان اختلال افسردگی اساسی، موثرتر از کاربرد هرکدام از روش‌های فوق به تنهایی است (۲).

اختلالات اضطرابی

اختلالات اضطرابی از جمله شایع ترین اختلالات روانپزشکی در ایالات متحده و سایر جمعیهایی است که مورد مطالعه قرار گرفته اند. به علاوه مطالعات مکرراً نشان داده اند که این اختلالات بیماری قابل ملاحظه، استفاده زیاد از خدمات مراقب بهداشتی و اختلال کارکرد بیش از حد ایجاد می کنند. مطالعات اخیر حاکی است که اختلال اضطرابی مزمن ممکن است میزان مرگ و میر مربوط به اختلالات قلب و عروق را بیشتر کند. بنابراین روانپزشکان و متخصصان سایر رشته ها باید تشخیص اختلال اضطرابی را بموقع مطرح کرده و درمان مناسب به عمل آورند.

تقریباً یک قرن پیش، زیگموند فروید اصطلاح «نوروز اضطراب» را ابداع کرد که به اعتقاد او از لیبیدو مهارشده ناشی می شود. به عبارت دیگر، افزایش فیزیولوژیک در تنش جنسی به افزایش برابر در لیبیدو، معرف ذهنی آن رویداد فیزیولوژیک، منجر می شود. از دیدگاه فروید، مفرد طبیعی چنین تنشی برقراری رابطه جنسی است. معهذاً سایر اعمال جنسی، نظیر پرهیز و جماع منقطع، مانع رفع تنش و موجب نوروز واقعی^۱ می گردد. اختلالات اضطراب شدید مربوط به سد شدن لیبیدو مشتمل است بر نوروزهای نورآستنی، خود بیمار انگاری، و اضطراب، که همه آن ها از دیدگاه فروید واجد اساس زیست شناختی بودند.

اضطراب

اضطراب به منزله بخشی از زندگی هر انسان، در همه افراد در حدی اعتدال آمیز وجود دارد و در این حد، به عنوان پاسخ سازش یافته تلقی می شود. به عبارت دیگر، می توان گفت که اضطراب در برخی از مواقع، سازندگی و خلاقیت را در فرد ایجاد می کند، امکان تجسم موقعیت ها و تسلط بر آنها را فراهم می کند و یا آنکه وی را بر می انگیزد تا به طور جدی با مسئولیت مهمی مانند آماده شدن برای یک امتحان یا پذیرفتن یک وظیفه اجتماعی مواجه شود. بالعکس، هنگامی که اضطراب مرضی وجود دارد ممکن است جنبه مزمن و مداوم بیابد که در این صورت نه تنها نمی توان پاسخ را سازش یافته دانست، بلکه باید آن را به منزله منبع شکست، سازش نیافتگی و استیصال گسترده ای تلقی کرد که فرد را از بخش عمده ای از امکاناتش محروم می کند، فقط بر اساس راهبردهای محدود کننده، آزادی و انعطاف فردی کاهش می یابد و طیف گسترده اختلال های اضطرابی را که از اختلال های شناختی و بدنی تا ترس های غیر موجه و وحشتزدگی ها گسترده اند، را به وجود می آورد (۱۰۹).

^۱. actual neuroses

اضطراب حالتی است که با احساس وحشت مشخص می شود و با علائم جسمی که بیانگر افزایش فعالیت دستگاه اعصاب خودکار می باشند (مثل تپش قلب و تعریق) همراه است اضطراب بر عملکرد شناختی اثر گذاشته و موجب تحریف های ادراکی می شود وجه افتراق آن از ترس این است که ترس پاسخ متناسبی به یک تهدید شناخته شده است؛ در صورتی که اضطراب، پاسخ به تهدیدی است که ناشناخته، مبهم، یا متعارض می باشد (۲).

تاریخچه

تا سال های اخیر، اختلال های اضطرابی، «اختلال های بدنی شکل» و «اختلال های تجزیه ای» را در مقوله روان آزرده گی ها قرار می دادند. این اصطلاح در قرن هجدهم توسط پزشک اسکاتلندی، ویلیام کولن به کار برده شده بود و یک اختلال عصب شناختی را که به انواع متعددی از اختلال های رفتاری منجر می شد، مشخص می کرد (۱۰۹). تقریباً یک قرن پیش، زیگموند فروید اصطلاح نوروز اضطراب را ابداع کرد که به اعتقاد او از لیبدو مهار شده ناشی می شود. به عبارت دیگر، افزایش فیزیولوژیک در تنش جنسی به افزایش برابر در لیبدو، معرف ذهنی آن رویداد فیزیولوژیک منجر می شود. از دیدگاه فروید، مفر طبیعی چنین تنشی برقراری رابطه جنسی است. معهذاً، سایر اعمال جنسی، نظیر پرهیز و جماع منقطع، مانع رفع تنش و موجب نوروز واقعی می گردد. اختلالات اضطراب شدید مربوط به سد شدن لیبدو مشتمل است بر نوروزهای نورآستنی، خود بیمار انگاری، و اضطراب که همه آنها از دیدگاه فروید واجد اساس زیست شناختی بودند (۱۰۹).

طبقه بندی اضطراب

در DSM-IV-TR یازده عنوان تشخیصی برای اختلال های اضطرابی ذکر شده است که عبارتند از: اختلال اضطراب منتشر، هراس های خاص، اختلال وحشت زدگی همراه با گذر هراسی یا بدون گذر هراسی، گذر هراسی بدون سابقه اختلال وحشت زدگی، اختلال وسواسی - جبری، اختلال استرس پس از ضربه، اختلال اضطرابی ناشی از شرایط طبی عمومی همراه با (اضطراب منتشر، حمله های وحشت زدگی، نشانه های وسواسی - جبری)، اختلال اضطرابی ناشی از مصرف مواد همراه با اضطراب منتشر، حمله وحشت زدگی) اختلال اضطرابی تصریح نشده در جای دیگر. علاوه بر اختلال های اضطرابی ذکر شده، اختلال های اضطراب جدایی که ناشی از جدایی از «تصاویر والدینی»

است و معمولاً در سنین کودکی متجلی می شود و در قلمرو اختلال هایی که با فراوانی بیشتری در خلال تحول بروز می کنند، قرار داده شده است (۱۰۹).

اختلال اضطراب منتشر

کسانی که به نظر می رسد تقریباً در مورد هر چیزی نگران هستند احتمالاً تشخیص اختلال اضطراب منتشر دریافت می کنند. DSM-IV-TR اختلال اضطراب منتشر را اضطراب و نگرانی شدید در مورد چندین رویداد یا فعالیت تعریف می کند که در اکثر روزها در ضمن حداقل ۶ ماه دوام داشته است. کنترل نگرانی مشکل است و علائم جسمی نظیر تنش عضلانی، تحریک پذیری، اشکال در خواب و بیقراری با آن همراه است. اضطراب متمرکز بر خصوصیات یک اختلال دیگر محور I نیست، ناشی از مصرف مواد یا بیماری طبی عمومی نمی باشد و فقط در جریان یک اختلال خلقی یا روانی ظاهر نمی گردد. کنترل اضطراب مشکل است، از نظر ذهنی ناراحتی برانگیز است و در زمینه های مهم زندگی شخص اختلال ایجاد می کند (۲).

همه گیر شناسی

اختلال اضطراب منتشر یک اختلال شایع است؛ تخمین های معقول بیماری شیوع یک ساله اختلال را بین ۳ تا ۸ درصد است. نسبت زن به مرد حدود ۲ بر ۱ است اما این نسبت در زن ها و مرد هایی که برای درمان این اختلال بستری می شوند ۱ بر ۱ است. میزان شیوع در طول عمر نزدیک به ۵ درصد است. در کلینیک های اختلالات اضطرابی حدود ۲۵ درصد بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر شناخته می شوند. (۲).

توام شدن با سایر اختلالات

اختلال اضطراب منتشر احتمالاً شایعترین اختلالی است که با یک اختلال روانی دیگر، معمولاً فوبی اجتماعی - اختصاصی، پانیک، اختلال افسردگی دیده می شود. شاید ۵۰ تا ۹۰ درصد مبتلایان به اختلال اضطراب منتشر یک اختلال روانی دیگر هم دارند. تا ۲۵ درصد بیماران بالاخره به اختلال هراس مبتلا می گردند، درصد بالایی از این بیماران احتمال دارد به اختلال افسردگی اساسی مبتلا شوند. سایر اختلالات شایع وابسته به اختلال اضطراب منتشر عبارتند از: افسرده خوئی و اختلالات وابسته به مواد (۲).

تشخیص

ملاک های تشخیصی DSM-IV-TR شامل ملاک هایی برای تسهیل کار تفکیک اختلال اضطراب منتشر، اضطراب بهنجار، و سایر اختلالات روانی برای پزشک است. تفکیک بین اختلال اضطراب منتشر و اضطراب بهنجار با استفاده از کلمات مفرد و دشوار از نظر کنترل در ملاک ها و مشخص کردن این موضوع که علائم موجب تخریب و ناراحتی قابل ملاحظه می گردند مورد تاکید قرار می گیرد (۲).

ویژگی های بالینی

علائم اولیه اختلال اضطراب منتشر عبارتند از: اضطراب، تنش حرکتی، بیش فعالی اتونومیک، و ترصد شناختی. اضطراب مفرد است و با سایر وجوه زندگی تداخل می کند. تنش حرکتی بیش از همه با لرزش، بیقراری، و سردرد تظاهر می کند. بیش فعالی اتونومیک معمولاً با احساس تنگی نفس، تعریق مفرد، طپش قلب، و علائم مختلف معدی - روده ای ظاهر می گردد. ترصد شناختی با تحریک پذیری بیمار و از جا پریدن بیمار (با تحریک جزئی) مشخص می - شود. اکثراً بیماران مبتلا به اختلال اضطراب جدائی برای اخذ کمک در مورد برخی از علائم جسمی به سراغ پزشکان عمومی یا متخصص داخلی می روند. متناوباً برای علائم خاص - مثلاً اسهال مزمن - به متخصص دیگری هم رجوع می کنند. اختلال خاص غیر روانپزشکی ندرتاً مشاهده می شود و بیماران از نظر رفتار پزشک جویی متفاوتند. بعضی از آنها تشخیص اختلال اضطراب منتشر و درمان مناسب را می پذیرند؛ بعضی ها به سراغ مشاوره های طبی دیگر برای مسائل خود می روند (۲).

تشخیص افتراقی

تشخیص افتراقی اختلال اضطراب منتشر مشتمل است بر تمام اختلالات طبی که ممکن است ایجاد اضطراب کنند بررسی طبی باید مشتمل باشد بر تمام آزمون های استاندارد شیمی خون، الکتروکاردیوگرام، و تست های کار تیروئید. پزشک باید مسمومیت با کافئین، سوء مصرف محرک ها، ترک الکل، مسکن، منوم یا اضطراب زدها را رد کند. در معاینه وضعیت روانی و شرح حال باید امکان وجود اختلال هراس، فوبی ها، و اختلال وسواسی - جبری در نظر گرفته شود. بطور کلی بیماران مبتلا به اختلال هراس زودتر به سراغ درمان می روند، بیشتر به دلیل اختلال دچار ناتوانی می گردند، شروع علائم در آن حادث تر است و کمتر از علائم جسمی خود ناراحتند. تفکیک اختلال اضطراب منتشر از افسردگی اساسی و اختلال افسرده خویی ممکن است مشکل باشد؛ در واقع این اختلالات غالباً توأم

هستند. سایر احتمال های تشخیصی عبارتند از: اختلال انطباق توام با اضطراب، خود بیمار انگاری، اختلال کمبود توجه بیش فعالی بزرگسالی، اختلال جسمانی کردن، و اختلالات شخصیت (۲).

سیر و پیش آگهی

مشخص نمودن سن شروع مشکل است؛ اکثر بیماران مبتلا به این اختلال اظهار می کنند که تا بخاطر دارند دچار اضطراب بوده اند. این بیماران معمولاً در دهه سوم عمر مورد توجه پزشکان قرار می گیرند. هرچند تماس با پزشک ممکن است در هر سنی روی دهد. فقط یک سوم بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر در پی درمان بر می آیند. بسیاری از آنها به پزشکان عمومی، متخصص داخلی، متخصصین قلب، متخصصین دستگاه گوارش، و متخصصین ریه مراجعه کرده و برای علائم جسمی اختلال درخواست معالجه می کنند. به دلیل توام شدن شایع اختلالات روانی تعیین سیر بالینی و پیش آگهی اختلال دشوار است. معهذاً، داده هایی حاکی از اینکه اضطراب منتشر با رویدادهای زندگی رابطه دارد وجود دارد. وقوع چندین رویداد منفی در زندگی احتمال بروز اختلال را بسیار بالا می برد. طبق تعریف، اختلال اضطراب منتشر اختلالی مزمن است که ممکن است تمام عمر ادامه یابد (۲).

درمان

موثرترین درمان بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر روش مرکب از روان درمانی، درمان دارویی و رویکردهای حمایتی است. درمان ممکن است مقدار زیادی از اوقات پزشک درگیر درمان را بگیرد (۲).

روان پریشی^۱

روان پریشی (پسیکوز) یا اختلالات شدید روانی، نوع شدید بیماری روانی است که ویژگی عمده آن فقدان واقعیت سنجی یا قطع ارتباط با دنیای واقعی است. معمولاً بیمار رفتارها و صحبت های غیر طبیعی دارد. فعالیتهای جسمی و روانی او به حدی دچار اختلال می شود که باعث بهم ریختگی فعالیتهای فردی و اجتماعی اش می شود. چنین بیماری معمولاً از بیماری خود آگاهی ندارد و خود را فرد سالم می داند و از درمان خودداری می کند. در این نوع بیماری اغلب ضایعه مشخصی در مغز مشاهده نمی شود.

^۱. psychosis

روان پریشی را به دلیل تفاوت در شروع و سیر بیماری، مدت بیماری و بهبودی به چند گروه اصلی تقسیم می کنند (۲).

پسیکوزهای حاد: یکباره شروع می شود، کوتاه مدت است و عامل مساعد کننده ممکن است وجود داشته و یا نداشته باشد. یک روانپریشی حاد می تواند به روانپریشی ادواری یا مزمن تبدیل شود.

پسیکوزهای ادواری: نوعی از روانپریشی است که دوره های مکرر و مشخصی دارد و در بین دوره ها بیماری بهبودی کامل پیدا می کند.

پسیکوز مزمن: مدت طولانی ادامه می یابد و عود مکرر دارد. در صورتی که درمان نشود باعث پسرفت بیمار می شود.

نشانه های بیماری

فقدان واقعیت سنجی و قطع ارتباط با دنیای واقعی، ادراک غیر طبیعی مانند شنیدن صداها یا دیدن چیزهایی که دیگران آنها را نمی بینند (توهم)، سبب بروز اعتقادات نادرست غیرقابل اصلاح (هذیان) در بیمار می گردد. رفتار، تفکر، صحبت های غیر عادی، سبب اختلال در سازگاری بیمار با محیط اجتماعی بیمار شده و موجب افت عملکرد می گردد، همچنین توانایی بهره گیری از یک زندگی معمول و رفع نیازهای روزمره در وی مختل می گردد (مانند بیماری اسکیزوفرنیا). آشفتگی روانی مذکور سبب ناراحتی اطرافیان شده و در مواقع شدید نگهداری بیمار در محیط خانواده غیر ممکن می شود که در این گونه موارد لازم است یا با یک مداخله در بحران و درمان دارویی سریع و یا با بستری در بیمارستانهای مربوطه به کمک بیمار و خانواده او شتافت (۲).

مطالعات جهان

بگبی و همکاران در مطالعه ای با هدف تفاوت های شخصیتی بین سه دسته متفاوت از بیماران محور I، بیماران اسکیزوفرن (۴۱ بیمار)، افسردگی دو قطبی (۳۴ بیمار) و افسردگی تک قطبی (۶۲ بیمار) با استفاده از مدل پنج عاملی شخصیت انجام دادند. نتایج نشان داد که هیچکدام از گروهها در باوجدان بودن و روان رنجور خویی تفاوت معنی دار نداشتند. اما در خرده مقیاس هیجانات مثبت در صفت برونگرایی بیماران افسرده دو قطبی نمرات بالاتری نسبت به بیماران تک قطبی داشتند. بیماران اسکیزوفرن در خرده مقیاس های احساسات، ارزش ها و فعالیت صفت باز بودن به تجربه نمرات پایین تر نسبت به دو گروه دیگر بدست آوردند. (۱۱۰)

در مطالعه ای روایی و پایایی مقیاس وسواس فکری- عملی در ۵۴ بیمار سرپایی مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی بررسی گردید. و خرده مقیاس وسواس فکری- عملی آزمون SCL 90-R با آزمونهای مادسلی، ییل برآون نتایج نشان داد که این مقیاس دارای همسانی درونی بوده و شواهد برای اعتبار همگرا کافی نیست و اعتبار واگرا و ملاک نیز ضعیف می باشند. همچنین نمرات آزمودنی ها قبل و بعد از درمان رفتاری تغییر می کند. علاوه بر این مقیاس SCL-90-R بطور ضعیف نشانه های وسواس فکری- عملی را اندازه می گیرد. (۱۱۱)

رابطه بین خرده مقیاس وسواس فکری - عملی چک لیست نشانه های روانی SCL-90-R در بیماران مبتلا به تومور مغزی بررسی کرده است. نتایج نشان داد که رابطه معنی دار بین نشانه های افسردگی ($r=0/81$, $P<0/005$)، اضطراب ($r=0/66$, $P<0/005$) و وسواس فکری- عملی وجود دارد. آنالیز چند متغیری نشان داد که افسردگی ۶۶٪ و اضطراب بیش از ۶٪ از واریانس وسواس فکری- عملی را در مقیاس SCL-90-R پیش بینی می کند. (۱۱۲)

ساموئلز و همکاران (۲۰۰۰) رابطه بین پنج عامل بزرگ شخصیت و اختلال وسواس فکری- عملی را بر روی آزمودنی های با تشخیص اختلال وسواس فکری- عملی و گروه کنترل مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی در همه خرده مقیاس های روان رنجور خویی نمرات بالا و در برونگرایی (فقط در خرده مقیاس جرات مندی) نمرات پایین تری در مقایسه با گروه کنترل به دست آوردند. همچنین مبتلایان به اختلال وسواس فکری- عملی کمتر دلدیر بودند، اگرچه تفاوتی بین حوزه های باز بودن و با وجدان بودن مشاهده نشد. (۲۷)

رکتور و همکاران (۲۰۰۲)، رابطه ی اختلال وسواس فکری- عملی با ویژگی های شخصیتی بهنجار را در دو گروه بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی و افسرده بررسی کردند. نتایج نشان داد که در هر دو گروه بین روان رنجور خویی، برونگرایی، دلدیر بودن و باوجدان بودن رابطه متوسط وجود داشت. همچنین برونگرایی رابطه مثبت با دلدیر بودن در هر دو گروه داشت. در حالیکه برونگرایی با باوجدان بودن در نمونه بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی رابطه نداشت ولی رابطه مثبتی بین این ابعاد در گروه افسرده وجود داشت. نهایتاً دلدیر بودن در هر دو گروه با با وجدان بودن رابطه مثبت داشت. بطور کلی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی و افسردگی، نمرات بسیار بالا در روان رنجور خویی، نمرات بسیار پایین در برونگرایی، نمرات متوسط در باز بودن و دلدیر بودن و نمرات پایین در با وجدان بودن به دست آوردند. در صورتی که

بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی، رابطه ی معنی دار در برونگرایی، دلبذیر بودن و با وجدان بودن نشان دادند. (۲۸).

در مطالعه‌ای که بر روی ۵۸ بیمار با تشخیص افسردگی اساسی صورت گرفت ابتدا بیماران به پرسشنامه شخصیتی NEO پاسخ دادند و ۳ ماه تحت درمان قرار گرفتند و بعد از ۳ ماه دوباره پرسشنامه توسط بیماران تکمیل گردید. نتایج نشان داد که کاهش معنی دار در نمره روان رنجورخویی و افزایش معنی دار در نمرات برونگرایی و با وجدان بودن نسبت به مرحله اول آزمون بدست آمد. بعلاوه بیمارانی که توانان مبتلا به افسردگی اساسی و افسردگی مزمن بودند نمرات بالاتر در خرده مقیاس خصومت، خشم روان صفت رنجورخویی و نمرات پایین تر در دلبذیر بودن نسبت به آنهایی که فقط مبتلا به افسردگی اساسی بودند بدست آوردند. بنابراین به این نتیجه رسیدند که خصومت، خشم و دلبذیری پایین ممکن است یک مشخصه آسیب پذیری در افراد با افسردگی مزمن حتی بعد از بهبودی افسردگی اساسی باشد که به تبیین میزان بالای عود و برگشت پذیری اختلال کمک می- کند. (۱۱۳)

مطالعه‌ای دیگر با رویکرد مبتنی بر تحلیل عامل در مقوله اختلال وسواس فکری- عملی، نشانه های وسواس را به چند بعد تقریباً پایدار و از نظر بالینی معنی دار تقسیم کرده است. لکمن و همکاران در این مطالعه نشان دادند که نمرات بالای وسواس چک کردن، قرینه سازی و نظم و ترتیب با احتمال بالاتر تیک همراه است. وجود علامت انبار کردن با جنسیت مرد، شروع در سنین پایین، همزمانی با ترس از حضور در اجتماع و اختلالات شخصیتی و اعمال پاکسازی بیمارگونه (نیشگون گرفتن پوست، جویدن ناخن و کندن مو) مرتبط است. و در پی پاسخ به این سوال می باشد که آیا اختلال وسواس فکری - عملی یک اختلال واحد است یا در برگیرنده ی اختلالات چندگانه مجزا می باشد؟ نتایج نشان داد که می توان وسواس فکری- عملی را به عنوان یک طیف در نظر گرفت که شامل سندرم های بالقوه پوشاننده هستند که می توانند در هر بیمار همزمان رخ دهند. این نظریه با نظریه فعلی ابعادی در بیماری شناسی روانپزشکی هماهنگی دارد. (۱۱۴)

مطالعات ایران

مهرابی زاده هنرمند در پژوهشی به بررسی نقش عوامل شناختی شامل باورهای ناکارآمد، تفسیر مزاحمت های ذهنی، تمایل به فرونشانی افکار، توانایی ادراک شده کنترل فکر و راهکارهای کنترل فکر، صفات شخصیتی، سابقه خانوادگی و فشار روانی در پیش بینی ابتلا به اختلال وسواسی- اجباری پرداخت در این پژوهش ۱۱۳ آزمودنی مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری و ۱۱۳ آزمودنی غیربالینی

در این پژوهش شرکت داشتند. نتایج تحلیل ممیز همزمان نشان داد که به کمک متغیرهای فوق می توان ابتلا به اختلال وسواسی - اجباری را پیش بینی نمود. تابع حاصل ۵۸٪ واریانس تفاوت گروه ها را تبیین می کند. این تابع ۸۷/۹٪ از افراد دو گروه را به درستی به گروه های خود منتسب می کند. تحلیل ممیز گام به گام نیز نشان داد که به ترتیب متغیرهای تمایل به فرونشانی افکار، سابقه خانوادگی، برونگرایی، استفاده از راهکار تنبیه برای کنترل فکر، وظیفه شناسی، باورهای ناکارآمد درحیطه کمال گرایی/ قطعیت و صفت شخصیتی توافق بیش از سایر متغیرها در تمایز دو گروه سهیم هستند (۱۱۵).

قلعه ایها و همکاران در بررسی مقایسه ای اختلالات روانی و ویژگیهای شخصیتی در افراد وابسته و غیر وابسته به مواد شهر همدان ۱۱۰ فرد وابسته و ۱۱۰ فرد غیر وابسته به مواد را با هم مقایسه شدند نتایج نشان داد که افراد وابسته به مواد از علائم آسیب شناختی و اختلالات روانی بیشتری نسبت به افراد غیر وابسته برخوردار بودند، در آنان افسردگی اساسی و سپس اختلالات شخصیت و در افراد غیر وابسته به مواد افسردگی دارای بیشترین فراوانی بود (۱۱۶).

دکتر شریفی و همکاران در پژوهشی به دنبال پاسخگویی به این سوال بودند که آیا همراهی اختلال وسواس - اجباری با اختلال دو قطبی نوع یک کمتر از اختلال افسردگی اساسی است؟ در این پژوهش که از ۴۶۶ بیمار مراجعه کننده به چهار مرکز روانپزشکی تهران کمک گرفتند. نتایج نشان داد که ۱۲۴ مورد MDD و ۱۱۵ مورد BID تشخیص داده شد. و میزان همبودی همه عمر OCD در گروه MDD ۱۷/۷٪ و در گروه BID ۷٪ بود که تفاوت معنی دار است (۱۱۷).

فصل سوم

شیوه اجرای طرح

نوع پژوهش

جمعیت مورد مطالعه

روش گردآوری اطلاعات

ابزار گردآوری اطلاعات

روش تجزیه و تحلیل داده ها

ملاحظات اخلاقی

نوع پژوهش

با توجه به ماهیت مسئله، مطالعه از نوع مقطعی می باشد. در مطالعات مقطعی، به منظور توصیف جامعه ای که نمونه از آن انتخاب شده است، اطلاعات در یک مقطع زمانی معین از نمونه جمع آوری می شود. این روش نه تنها به منظور توصیف بلکه برای تعیین همبستگی بین متغیرها در زمان انجام تحقیق بکار برده می شود.

جمعیت مورد مطالعه

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران سرپایی مراجعه کننده به مراکز و کلینیک های مشاوره و مطب های خصوصی روانپزشکی شهر اردبیل که تشخیص اختلال وسواس فکری - عملی دریافت کرده اند، می باشد. با توجه به اینکه محمدی (۲۰۰۴) شیوع اختلال وسواس فکری - عملی را در ایران ۱/۸ درصد برآورد کرده است، حجم جامعه پژوهش ۱۱۴۰۰ نفر برآورد می شود.

نمونه برداری و روش نمونه گیری

نمونه این تحقیق شامل ۵۰ بیمار مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی می باشند که به صورت در دسترس از میان افراد مراجعه کننده به مراکز مشاوره و کلینیک های مشاوره و مطب های روانپزشکی که به عنوان بیمار مبتلا به اختلال وسواس تشخیص داده شده اند، انتخاب شدند از آنجا که حداقل نمونه برای طرح های همبستگی ۳۰ نفر می باشد (۱۱۸)، در این تحقیق برای افزایش اعتبار بیرونی، حجم نمونه ۵۰ نفر انتخاب شد. دامنه سنی نمونه ها بین ۱۷ الی ۴۱ سال بود. طی اجرای پژوهش آزمودنی هایی که به مجموعه ی پرسشنامه های پژوهش پاسخ نداده یا در پاسخ دهی به آزمون - ها ناقص عمل کرده بودند، کنار گذاشته شدند و آزمودنی های دیگری جایگزین شدند.

روش گرد آوری اطلاعات

اطلاعات به صورت میدانی جمع آوری گردید. در بخش اول این پژوهش بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی توسط روانپزشک شناسایی شدند. در بخش دوم پژوهش، بعد از برقراری ارتباط با آزمودنی ها و کسب رضایت از آنها، پرسشنامه محقق ساخته تکمیل شد، سپس پرسشنامه وسواس فکری - عملی مادسلی تکمیل گردید. افرادی که در مرحله شناسایی، نمره بالا در پرسشنامه وسواس فکری - عملی مادسلی کسب کرده بودند، شناسایی شدند و در نهایت پرسشنامه NEO PI-R و SCL-90-R بصورت انفرادی و در محل درمانی توسط پژوهشگر تکمیل گردید.

ابزار گردآوری اطلاعات با استفاده از پرسشنامه های:

۱. پرسشنامه ویژگی های فردی
۲. پرسشنامه NEO PI-R
۳. پرسشنامه SCL-90-R
۴. پرسشنامه وسواس فکری - عملی مادسلی

پرسشنامه ویژگی های فردی

پرسشنامه محقق ساخته بوده و در آن ویژگی های آزمودنی مانند نام، سن، سطح تحصیلات و... .
پرسیده شده است.

پرسشنامه NEO PI-R

آزمون NEO PI-R فرم تکمیل شده ی آزمون شخصیتی NEO است. آزمون NEO در سال ۱۹۸۵ از سوی کاستا و مک کری ارائه شد. در این آزمون اولیه، سه مقیاس اصلی که بطور گسترده ای درباره ی آنها پژوهش شده بود. یعنی عصبیت (با علامت مخفف N)، برونگرایی (با علامت مخفف E) و باز بودن (با علامت مخفف O) مورد توجه قرار گرفته بودند. در این آزمون فقط به طور مختصر و در سطوح کلی، شاخص های توافق (با علامت مخفف A)، و وجدانی بودن (با علامت مخفف C) ارزیابی می شدند. در سال ۱۹۸۹ چندین پیشنهاد موثر از سوی استفاده کنندگان از آزمون برای بسط و گسترش آزمون ارائه شد. بعدها آزمون NEO PI-R به همین دلایل تکمیل و شاخص های توافق (A) و وجدانی بودن (C) نیز با مقیاس های مرتبط با آنها در آزمون اولیه گنجانده شد. در آزمون NEO PI-R ده عبارت مرتبط با شاخص های N، E و O نیز تغییر کلی کردند تا نشان دهنده ی دقیقتر مقیاس های مرتبط با این شاخص ها باشند.

ترجمه و انطباق فارسی این آزمون به وسیله ی حق شناس از سال ۱۳۷۶ آغاز شد. پس از بررسی مقدماتی و اجرای آن بر روی گروه معدودی از بیماران مراجعه کننده به کلینیک روان شناسی و افراد بدون ناراحتی و مشکل (در زمینه اعصاب و روان) فرم نهایی تهیه شد و سپس بر روی یک نمونه با انتخاب تصادفی در شهر شیراز هنجاریابی شد و نتایج این هنجاریابی در سال ۱۳۷۸ انتشار یافت (۱۹). این آزمون دارای پنج عامل یا شاخص اصلی است و هر شاخص ۶ مقیاس دارد:

- ۱- روان رنجور خوبی یا شاخص بی ثباتی هیجانی شامل: اضطراب، خشم و کینه ورزی، افسردگی^۱، هشیاری به خویشتن^۲ (شرم)، تکا نشوری^۳ و آسیب پذیری^۴ از استرس.
- ۲- برونگرایی شامل: صمیمیت^۵، جمع گرایی^۶، قاطعیت^۷، جنب و جوش^۸، هیجان خواهی^۹ و هیجان مثبت^{۱۰}.
- ۳- باز بودن شامل: تخیل^{۱۱}، زیبایی شناسی^{۱۲}، عواطف^{۱۳}، کنش ها^{۱۴}، دیدگاهها^{۱۵} و ارزش ها^{۱۶}.
- ۴- دلیپذیر بودن شامل: اعتماد^{۱۷}، سادگی^{۱۸}، نועدوستی^{۱۹}، تبعیت^{۲۰}، تواضع^{۲۱} و نرمش در برابر دیگران^{۲۲}.
- ۵- وجدانی بودن شامل: شایستگی^{۲۳}، نظم^{۲۴}، وظیفه شناسی^{۲۵}، تلاش برای موفقیت^{۲۶}، نظم درونی^{۲۷} و انعطاف ناپذیری^{۲۸}.

روش اجرا و نمره گذاری:

برای هر عبارت پرسشنامه یک مقیاس درجه بندی رتبه ای وجود دارد که دارای ارزش صفر تا ۴ است. اما برای برخی از جمله ها این نمره گذاری از «کاملاً قبول» تا «کاملاً رد» به ترتیب صفر تا ۴

1. Depression
2. Self- Consciousness
3. Impulsivity
4. Vulnerability
5. Warmth
6. Gregariousness
7. Assertiveness
8. Activity
9. Seeking Sensation
10. Positive Emotions
11. Fantasy
12. Aesthetics
13. Feeling
14. Action
15. Ideas
16. Values
17. Trust
18. Straightforwardness
19. Altruism
20. Narcissistic
21. Modesty
22. Tender-Mindedness
23. Competence
24. Order
25. Dutifulness
26. Achievement Striving
27. Self-discipline
28. Deliberation

تعلق می گیرد. پایایی درونی آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد. در آزمون NEO PI-R در نمونه ی ۱۵۲ نفری در جمعیت آمریکایی (۳۷) ضریب آلفا برای مقیاس های منفرد بین ۰/۵۶ و ۰/۱۸ در نوسان است. در برابر، برای شاخص های که ۴۸ عبارت دارند، این اعداد در حد بالاتر و بین ۰/۸۶ و ۰/۹۲ در نوسان هستند. همین فرآیند در نمونه های دیگر و نمونه ی دانشجوی و نمونه بالینی با شباهت های بسیار زیاد دیده شده است. (۱۱۹، ۱۲۰). در پژوهش حق شناس (۱۳۷۸) نیز بر روی نمونه ۵۰۲ نفری جمعیت شیراز به نتایج مشابهی رسیده است. در بررسی ثبات نتایج آزمون، در مطالعه ای بر روی ۳۱ زن و مرد ضریب همبستگی بین دو آزمون با دامنه ی ۰/۶۶ تا ۰/۹۲ به دست آمد. ثبات برای شاخص N، E و O نیز به ترتیب، ۰/۸۷، ۰/۹۱ و ۰/۸۶ بود. (مک کری و کاستا، ۱۹۹۳) در بررسی طولی شش ساله برای سه شاخص یاد شده اعدادی بین ۰/۶۸ و ۰/۷۹ به دست آمد. ضرایب همبستگی به منظور بازآزمایی سه ساله برای شاخص های A و C نیز به ترتیب ۰/۶۳ و ۰/۷۹ بوده است (۱۲۰). حق شناس (۱۳۷۸) نیز برای سنجش ثبات در بازآزمایی آزمون نئو فارسی، این آزمون را بر روی ۳۰ نفر انجام داد و از این تعداد ۲۶ مورد در تحلیل به کار گرفته شد. نتایج نشانگر ضرایب همبستگی ۰/۵۳ تا ۰/۷۶ (P کمتر از ۰/۰۱) برای شاخص های اصلی بود. در بیشتر مقیاس های آزمون نیز ضرایب همبستگی قابل قبولی در بازآزمایی به دست آمد.

بزرگترین کاری که در زمینه اعتباریابی آزمون NEO PI-R انجام گرفت، اجرای این آزمون همراه با ۱۱۶ مقاس روانسنجی و ۱۲ پرسشنامه بر روی پژوهش نمونه طولی توسعه یابنده ی سالمندی بالتیمور (۱۲۱) است. که نتایج آن نشان داد که همه ی مقیاس های آزمون NEO PI-R اعتبار همگرا^۱ و اعتبار تشخیصی^۲ دارند. (۱۹)

پرسشنامه SCL-90-R

فرم اولیه فهرست تجدید نظر شده علایم روانی، بوسیله ی دراگوتیس، لیمن و کووی^۳ (۱۹۷۳) تهیه گردید.

دراگوتیس و همکاران (۱۹۸۴) پرسشنامه مذکور را مورد تجدید نظر قرار داده و فرم نهایی آن را با نام فهرست تجدید نظر شده علایم روانی تهیه نمودند. این فهرست شامل ۹۰ سوال پنج درجه ای (هیچ، کمی، تا حدی، زیاد، خیلی زیاد) است. مواد این آزمون نه بعد مختلف را می سنجد که عبارتند

^۱. Convergent validity

^۲. Discriminant validity

^۳. Deragits, Limpman & Covey

از: شکایات جسمانی^۱، وسواس اجباری، حساسیت در روابط بین فرد، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی، و روانپریشی (۱۲۱).

در تحقیق نانالی^۲ (۱۹۷۰) ضرایب پایایی همه ابعاد این آزمون با استفاده از روش بازآزمایی، بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ گزارش شده است، همچنین در تحقیقی که توسط دراگوتیس، ریکلز و راک^۳ (۱۹۷۶) بر روی نمونه ۲۱۹ نفری از داوطلبان استخدام در آمریکا انجام گرفت. ضرایب پایایی سلامت روانی کلی و در هر یک از ابعاد نه گانه این آزمون به روش بازآزمایی، آلفای کرونباخ و کود ریچاردسون ۲۰، در حد مطلوب و رضایت بخش گزارش گردیده است. دامنه این ضرایب بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ در نوسان بوده اند. (۱۲۲).

دراگوتیس و همکاران (۱۹۷۶) ضرایب همبستگی ابعاد مختلف پرسشنامه را با پرسشنامه چند وجهی مینه سوتا از ۰/۳۶ تا ۰/۷۳ گزارش کرده اند. یار احمدی (۱۳۷۶) ضرایب اعتبار همزمان ۰/۲۷ تا ۰/۵۶ و رضایی (۱۳۷۶) ۰/۳۸ تا ۰/۶۶ را بدست آوردند. رضایی نیز ضریب همبستگی این پرسشنامه را با چند وجهی مینه سوتا ۰/۷۲ گزارش نمود ($P=0/01$). (۱۲۳)

پرسشنامه وسواس فکری - عملی مادسلی:

پرسشنامه وسواس فکری - عملی مادسلی توسط هاجسون و راجمن (۱۹۹۷) به منظور پژوهش در مورد نوع و حیطه مشکلات وسواس تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۳۰ ماده است که نیمی از آنها با کلید درست و نیمی با کلید غلط می باشد. این پرسشنامه در اعتبار یابی اولیه در بیمارستان مادسلی توانسته است ۵۰ بیمار وسواسی را از ۵۰ بیمار روان نژند به خوبی تفکیک نماید. همچنین این پرسشنامه در تحلیل محتوایی پاسخ های ۱۱۰ بیمار، ۴ مولفه عمده را که منعکس کننده ۴ نوع مشکل وسواسی در بیماران بود، مشخص نمود (۴۳).

این چهار مولفه عبارتند از: واریسی، تمیزی، کندی و شک وسواسی که چهار مقیاس فرعی را تشکیل می دهد با استفاده از یک روش نمره گذاری ساده می توان یک نمره وسواس کلی و چهار نمره فرعی بدست آورد. به گفته راجمن و هاجسون (۱۹۸۰) این نوع شکایات حالت اغراق آمیز و شدید رفتار آموخته شده، نسبتاً هنجار هستند.

¹.Somataization

².Nunnally

³.Rickles & Rake

هاجسون و راجمن (۱۹۹۷) در پژوهشی با ۴۰ بیمار نشان دادند که نمره کل این پرسشنامه نسبت به تغییرات درمانی حساس است. در کل ثابت شده است که پرسشنامه وسواسی مادللی ابزار مناسبی برای درمانگران و پژوهشگران در رابطه با پیامد درمانی است. همچنین این پرسشنامه وسیله خوبی برای بررسی سبب شناسی سیر و پیش آگهی انواع مختلف شکایت های وسواسی می باشد. ضریب پایایی با روش باز آزمایی ۰/۸۹ بوده است. (۱۲۳)

که بر روی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی اجرا می گردد.

روش تجزیه و تحلیل داده ها

در این تحقیق برای تجزیه و تحلیل فرضیه های تحقیق از روش همبستگی پیرسون و برای دو سوال تحقیق نیز از رگرسیون چند متغیره، روش گام به گام استفاده شد. داده های پژوهش توسط بسته نرم افزار آماری در علوم اجتماعی^۱ نسخه ۱۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و سطح معنی داری، ۰/۰۵ انتخاب شد.

ملاحظات اخلاقی

جمع آوری اطلاعات پس از جلب رضایت بیماران انجام شد. اطلاعات خصوصی بیماران به هیچ عنوان به افراد دیگر داده نخواهد شد و اطلاعات بصورت نتایج کلی و بدون قید نام افراد در اختیار دانشگاه قرار داده خواهد شد.

^۱.Statistical Package for social science (spss)

فصل چهارم

نتایج

یافته های توصیفی

یافته های استنباطی

مقدمه:

همانطور که در فصل اول اشاره شد، هدف اصلی این پژوهش بررسی رابطه بین نیمرخ روانی و ویژگی های شخصیتی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی می باشد. در این مطالعه ۵۰ بیمار وسواسی شامل ۴۳ زن و ۷ مرد شرکت داشتند. لازم به ذکر است آزمودنی هایی که به مجموعه ی پرسشنامه های پژوهش پاسخ نداده یا در پاسخ دهی به آزمون ها ناقص عمل کرده بودند، کنار گذاشته شدند.

در این فصل یافته ها و نتایج حاصل از پژوهش ارائه می شود. این یافته ها در دو بخش تنظیم شده است که عبارتند از:

یافته های توصیفی پژوهش

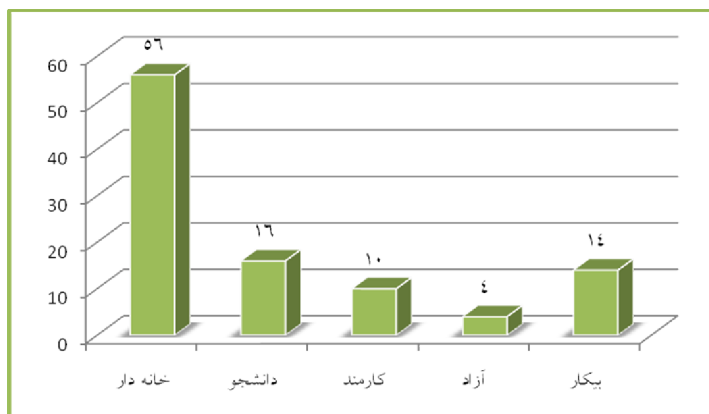
یافته های استنباطی پژوهش

ابتدا در بخش یافته های توصیفی، پراکندگی و شاخص های آماری متغیرهای تحقیق توصیف می شوند و سپس در بخش یافته های استنباطی با استفاده از آماره های استنباطی به بررسی فرضیه ها و سوالات عنوان شده در فصل اول می پردازیم و سپس معنی داری آنها از لحاظ آماری بررسی می شود. لازم به ذکر است که ارتباط بین متغیرهای مداخله گر با هر یک از متغیرهای پژوهش به وسیله آزمون t مورد بررسی قرار گرفت که هیچکدام معنی دار نبود و به همین خاطر از ارائه این نتایج خودداری گردید.

۲-۴- یافته های توصیفی پژوهش

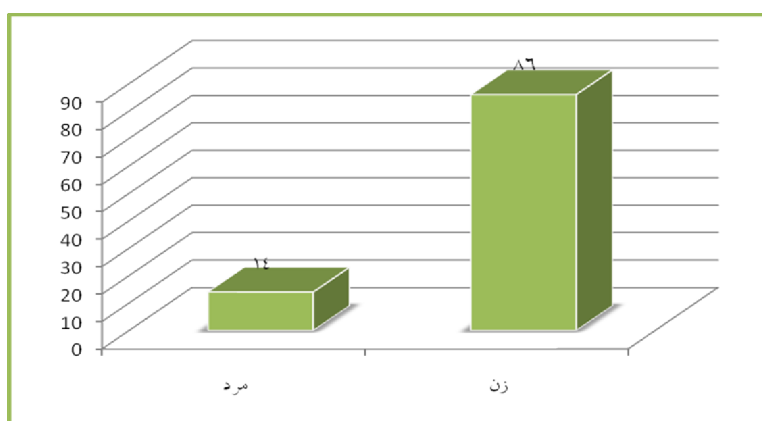
در این بخش یافته های توصیفی و مشخصات داده های جمع آوری شده از پژوهش با استفاده از شاخص های آماری توصیفی بیان می شود:

۴-۲-۱- یافته های جمعیت شناختی:



نمودار ۴-۱: توزیع فراوانی شغل

همانطور که در نمودار ۴-۱ مشاهده می شود ۵۶ درصد آزمودنیها خانه دار ۱۶ درصد دانشجو و ۱۹ درصد کارمند و ۴ درصد دارای شغل آزاد و ۱۴ درصد بیکار بودند



جدول ۴-۲: توزیع فراوانی جنس

همانطور که در نمودار ۴-۲ مشاهده می شود ۱۴ درصد آزمودنیها مرد و ۸۶ درصد زن بودند.



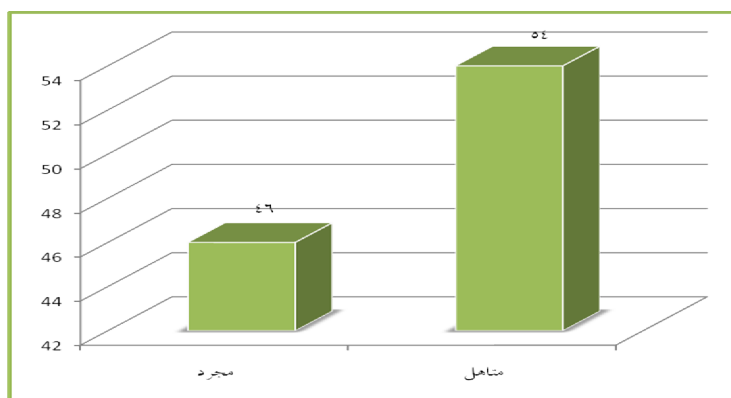
نمودار ۴-۳: توزیع درصد فراوانی تحصیلات بیماران وسواسی

همانطور که در نمودار ۳-۴ مشاهده می شود تحصیلات ۳۴ درصد آزمودنیها زیر دیپلم ۴۰ درصد دیپلم و ۲۶ درصد تحصیلات عالیه داشتند.



نمودار ۳-۴: توزیع درصد فراوانی رتبه تولد در بیماران وسواسی

همانطور که در نمودار ۴-۴ مشاهده می شود ۲۲ درصد آزمودنیها فرزند اول ۷۰ درصد فرزند وسط و ۸ درصد آنها فرزند آخر خانواده بودند.



نمودار ۴-۵: توزیع درصد فراوانی وضعیت تاهل بیماران وسواسی

همانطور که در نمودار ۴-۵ مشاهده می شود ۴۶ درصد آزمودنیها مجرد و ۵۴ درصد متاهل بودند.



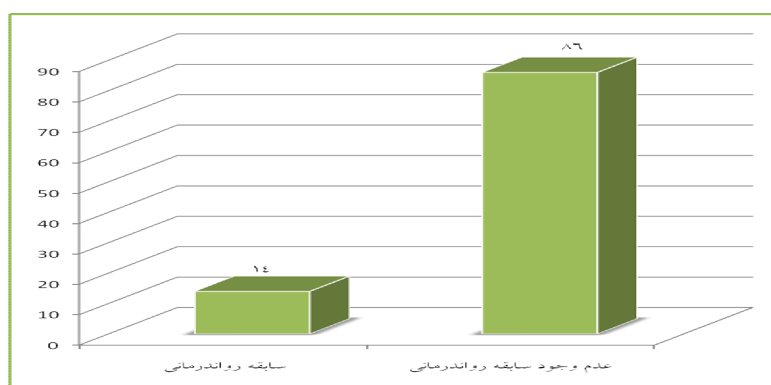
نمودار ۴-۶: توزیع درصد فراوانی تعداد فرزندان بیماران وسواسی

همانطور که در نمودار ۴-۶ مشاهده می شود ۵۸ درصد آزمودنیها فرزند نداشتند و ۲۰ درصد آنها یک فرزند و ۲۲ درصد بیشتر از یک فرزند داشتند.



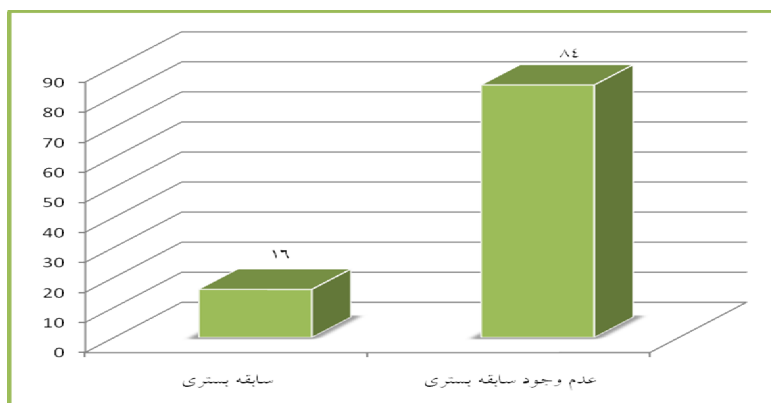
جدول ۴-۷: توزیع درصد فراوانی سابقه مصرف دارو در بیماران وسواسی

همانطور که در نمودار ۴-۷ مشاهده می شود ۶۲ درصد آزمودنیها سابقه مصرف دارو داشتند.



نمودار ۴-۸: توزیع درصد فراوانی سابقه روان درمانی در بیماران وسواسی

همانطور که در نمودار ۴-۸ مشاهده می شود ۱۴ درصد آزمودنیها سابقه رواندرمانی داشتند.

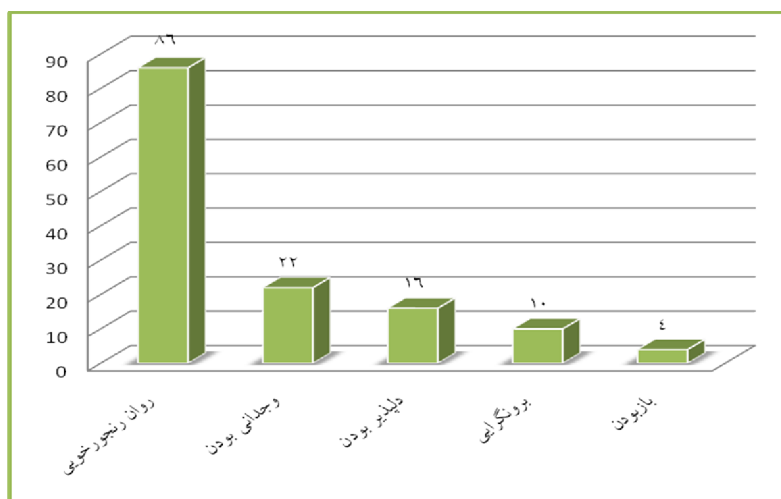


نمودار ۴-۹: توزیع درصد فراوانی سابقه بستری در بیماران وسواسی

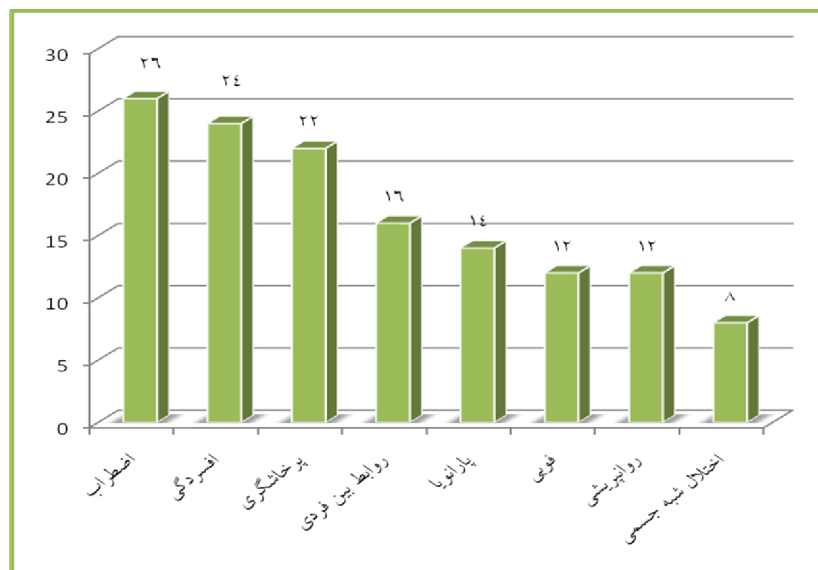
همانطور که در نمودار ۴-۹ مشاهده می شود ۱۶ درصد آزمودنیها سابقه بستری شدن در بیمارستان داشتند



نمودار ۴-۱۱: توزیع درصد فراوانی سابقه ابتلای بیماری در بستگان بیماران وسواسی
همانطور که در نمودار ۴-۱۱ مشاهده می شود ۳۲ درصد از بستگان آزمودنیها سابقه ابتلا به وسواس داشتند.



نمودار ۴-۱۱: درصد فراوانی گرایش های شخصیتی در بیماران وسواسی
همانطور که در نمودار بالا مشاهده می شود گرایش شخصیت روان رنجور خویی با ۸۶ درصد بیشترین فراوانی و باز بودن با ۴ درصد کمترین فراوانی را در بیماران وسواس دارا می باشند.



نمودار ۴-۱۲: درصد فراوانی اختلالات روانی در بیماران وسواسی

همانطور که در جدول بالا مشاهده می شود اضطراب با ۲۶ درصد و افسردگی با ۲۴ درصد بیشترین فراوانی و اختلال شبه جسمی با ۸ درصد کمترین فراوانی را دارا هستند.

۴-۲-۲-۲- اطلاعات هنجاری:

به منظور محاسبه اطلاعات هنجاری متغیرهای سنی پژوهش از شاخص های آمار توصیفی میانگین، انحراف معیار و واریانس استفاده شد.

جدول ۴-۱: توزیع میانگین و انحراف استاندارد وسواس و مولفه های آن در بیماران وسواسی

| متغیر | میانگین | انحراف استاندارد |
|---------|---------|------------------|
| وسواس | ۱۶/۳۵ | ۵/۰۱ |
| شستن | ۵/۰۸ | ۲/۶۳ |
| چک کردن | ۵/۲ | ۱/۸۶ |
| کندی | ۲/۱۹ | ۱/۲۵ |
| تردید | ۵/۱۲ | ۱/۲۸ |
| فکری | ۱/۵۲ | ۰/۷۱ |

همانطور که در جدول ۴-۱ مشاهده می شود میانگین وسواس در بیماران وسواسی ۱۶/۳۵ و بیشترین میانگین در مولفه های آن مربوط به چک کردن با ۵/۲، و کمترین میانگین مربوط به کندی با ۲/۱۹ می باشد.

جدول ۲-۴: توزیع میانگین و انحراف استاندارد ویژگیهای شخصیت در بیماران وسواسی

| متغیر | میانگین | انحراف استاندارد |
|----------------|---------|------------------|
| روان رنجورخویی | ۶۴/۴۶ | ۸/۹۹ |
| برونگرایی | ۲/۴۸ | ۱۱/۲۱ |
| بازبودن | ۴۳/۲۴ | ۲۷/ |
| توافق | ۴۱/۸۴ | ۱۱/۴۳ |
| وجدانی بودن | ۴۲/۷۴ | ۱۱/۵۷ |

همانطور که در جدول بالا مشاهده می شود بیشترین میانگین مربوط روان رنجورخویی (۶۴/۴۶) و کمترین مربوط به برونگرایی (۲/۴۸) می باشد.

جدول ۳-۴: توزیع میانگین و انحراف استاندارد اختلالات روانی در بیماران وسواسی

| متغیر | میانگین | انحراف استاندارد |
|-----------------------|---------|------------------|
| اختلال روانی | ۱/۸۱ | ۰/۸۷ |
| افسردگی | ۲/۱۳ | ۰/۹۴ |
| حساسیت روابط بین فردی | ۱/۸۴ | ۰/۹۵ |
| اضطراب | ۲/۰۲ | ۱/۱۳ |
| روانپریشی | ۱/۵۹ | ۱ |
| اختلال شبه جسمی | ۱/۵۹ | ۰/۹۱ |
| پرخاشگری | ۱/۶۴ | ۱/۱۵ |
| فوبی | ۱/۲ | ۱/۱۴ |
| پارانویا | ۱/۹۳ | ۰/۹۴ |

همانطور که در جدول بالا مشاهده می شود بیشترین میانگین مربوط به افسردگی (۲/۱۳) و کمترین مربوط به فوبی (۱/۲) می باشد.

۳-۴- یافته های استنباطی پژوهش

پس از ذکر یافته های توصیفی پژوهش، در این بخش، به بررسی فرضیه ها و سوالات پژوهشی می پردازیم. در این مطالعه برای تحلیل داده ها از چند مدل آماری شامل تحلیل واریانس چند متغیره (روش گام به گام) و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است.

جدول ۴-۴: ضرایب همبستگی بین نیمرخ روانی و روان رنجورخویی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی

| متغیر | اختلال شبه جسمی | افسردگی | روابط بین فردی | افطراب | پر خانگی | فقری | پارانیا | روان پریشی | اختلال روانی |
|---------------------|-----------------|---------|----------------|---------|----------|---------|---------|------------|--------------|
| روان رنجور خویی | ۰/۴۴۷** | ۰/۵۳۳** | ۰/۶۶۳** | ۰/۵۶۷** | ۰/۵۲۱** | ۰/۵۹۵** | ۰/۵۷۳** | ۰/۶۲** | ۰/۶۵۳** |
| اضطراب | ۰/۱۹۷ | ۰/۲۹۱* | ۰/۲۰۲ | ۰/۲۹۴* | ۰/۲۰۵ | ۰/۲۱۵ | ۰/۲۱۴ | ۰/۳۴۱* | ۰/۲۷۸* |
| خشم و کینه توزی | ۰/۲۱۲ | ۰/۳۰۳* | ۰/۳۶۵** | ۰/۲۹۷* | ۰/۵۱۴** | ۰/۳۱۱* | ۰/۳۶۷** | ۰/۱۹۰ | ۰/۳۳۲* |
| افسردگی | ۰/۲۰۷ | ۰/۴۶۳** | ۰/۴۰۳** | ۰/۲۹۶ | ۰/۱۵۰ | ۰/۳۵۴* | ۰/۴۰۸** | ۰/۵۲۶** | ۰/۴۱۴** |
| هشیاری به خویشتن | ۰/۲۱۱ | ۰/۳۳۰* | ۰/۴۷۳** | ۰/۲۸۶* | ۰/۲۵۱ | ۰/۴۲۷** | ۰/۳۳۴* | ۰/۴۲۹** | ۰/۲۶** |
| تکانشوری | ۰/۴۸۵** | ۰/۵۸۹** | ۰/۶۰۷** | ۰/۵۶۰** | ۰/۴۹۹** | ۰/۴۷۷** | ۰/۶۰۹** | ۰/۶۵۶** | ۰/۶۴۱** |
| آسیب پذیری از استرس | ۰/۳۶۵* | ۰/۵۷۹** | ۰/۵۰۴** | ۰/۴۶۸** | ۰/۳۴۴* | ۰/۵۱۳** | ۰/۴۱۱** | ۰/۵۰۶** | ۰/۴۹۳** |

*: $p < 0.05$ و **: $p < 0.01$

جدول ۴-۵: ضرایب همبستگی بین نیمرخ روانی و برونگرایی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی

| متغیر | اختلال شبه جسمی | افسردگی | روابط بین فردی | افطراب | پر خانگی | فقری | پارانیا | روان پریشی | اختلال روانی |
|---------------|-----------------|---------|----------------|--------|----------|--------|----------|------------|--------------|
| برونگرایی | ۰/۰۳۶ | -۰/۱۵۴ | -۰/۳۳۱* | -۰/۱۱۰ | -۰/۰۸۲ | -۰/۲۶۲ | -۰/۲۲۱ | -۰/۱۳۰ | -۰/۱۸۳ |
| صمیمیت | ۰/۰۸۹ | -۰/۰۴۰ | -۰/۳۰۰* | ۰/۰۱۱ | -۰/۰۹۱ | -۰/۲۴۹ | -۰/۱۳۲ | -۰/۰۲۶ | ۰/۰۹۲ |
| جمع گرایی | -۰/۱۴۸ | -۰/۲۴۰ | -۰/۳۴۶* | -۰/۲۳۳ | -۰/۱۵۳ | -۰/۱۷۹ | -۰/۳۷۰** | -۰/۲۳۱ | -۰/۲۸۶* |
| قاطعیت | ۰/۱۵۱ | ۰/۰۹۱ | -۰/۱۵۵ | ۰/۱۱۴ | ۰/۲۴۸ | -۰/۰۵۳ | -۰/۰۳۲ | -۰/۰۵۹ | ۰/۰۳۳ |
| فعالیت | ۰/۱۴۳ | -۰/۱۵۵ | -۰/۱۹۱ | -۰/۰۰۴ | -۰/۱۱۶ | -۰/۱۳۲ | -۰/۰۸۱ | -۰/۰۷۶ | -۰/۰۸۲ |
| هیجان خواهی | ۰/۰۹۰ | ۰/۰۰۹ | -۰/۱۸۴ | -۰/۰۵۴ | -۰/۱۲۸ | -۰/۰۵۲ | -۰/۱۵۱ | ۰/۰۳۶ | -۰/۰۶۳ |
| هیجانهای مثبت | -۰/۰۲۴ | -۰/۲۰۹ | -۰/۱۴۳ | -۰/۱۳۱ | -۰/۰۵۴ | -۰/۱۷۳ | -۰/۰۷۷ | -۰/۰۶۳ | -۰/۱۳۴ |

*: $p < 0.05$ و **: $p < 0.01$

جدول ۴-۶: ضرایب همبستگی بین نیمرخ روانی و باز بودن نسبت به تجربه در بیماران مبتلا به اختلال وسواس

فکری - عملی

| متغیر | اختلال شبه جسمی | افسردگی | روابط بین فردی | اضطراب | پرخاشگری | فنی | پارانویا | روانپریشی | اختلال روانی |
|------------|-----------------|---------|----------------|---------|----------|----------|----------|-----------|--------------|
| باز بودن | -۰/۰۵۹ | -۰/۰۲۳ | -۰/۰۲۷۰ | -۰/۰۴۴ | -۰/۰۱۱۲ | -۰/۰۳۱۸* | -۰/۰۱۲۸ | -۰/۰۱۲۸ | -۰/۰۱۷۲ |
| تخیل | ۰/۰۲۳ | -۰/۰۱۱۹ | -۰/۰۵۵ | ۰/۰۷۶ | -۰/۰۸۰ | -۰/۰۴۳ | -۰/۰۵۱ | -۰/۰۰۵ | ۰/۰۰۸ |
| زیبا شناسی | -۰/۰۲۲۶ | -۰/۰۱۴۴ | -۰/۰۲۳۳ | -۰/۰۲۴۲ | -۰/۰۰۹۷ | -۰/۰۲۵۶ | -۰/۰۲۴۳ | -۰/۰۲۴۵ | -۰/۰۲۸۹* |
| عواطف | ۰/۰۲۵ | -۰/۰۱۵ | -۰/۰۲۰۱ | ۰/۰۰۶ | -۰/۰۱۲ | -۰/۰۱۸۹ | -۰/۰۰۹۰ | -۰/۰۰۲۷ | -۰/۰۰۸۹ |
| کنش ها | ۰/۰۱۳۷ | ۰/۰۳۰ | -۰/۰۱۵۰ | ۰/۰۶۱ | ۰/۰۸۴ | -۰/۰۱۷۵ | -۰/۰۰۳۷ | -۰/۰۱۱۵ | ۰/۰۰۶ |
| دیدگاهها | -۰/۰۰۶۹ | -۰/۰۱۶۳ | -۰/۰۳۱۱* | -۰/۰۱۶۶ | -۰/۰۲۷۸ | -۰/۰۲۴۴ | -۰/۰۱۹۸ | -۰/۰۲۰۴ | -۰/۰۲۵۷ |
| ارزشها | -۰/۰۰۷۲ | -۰/۰۰۰۹ | -۰/۰۰۲۷ | ۰/۰۷۳ | ۰/۰۸۲ | -۰/۰۰۶۳ | -۰/۰۰۰۶ | -۰/۰۱۱۲ | -۰/۰۰۵۹ |

*: $p < ۰/۰۵$ و **: $p < ۰/۰۱$

جدول ۴-۷: ضرایب همبستگی بین نیمرخ روانی و توافق در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی

| متغیر | اختلال شبه جسمی | افسردگی | روابط بین فردی | اضطراب | پرخاشگری | فنی | پارانویا | روانپریشی | اختلال روانی |
|-------------|-----------------|----------|----------------|----------|-----------|-----------|----------|-----------|--------------|
| دلپذیر بودن | -۰/۰۰۹۳ | -۰/۰۱۷۵ | -۰/۰۲۴۶ | -۰/۰۲۵۵ | -۰/۰۴۶۴** | -۰/۰۳۷۳** | -۰/۰۳۲۳* | -۰/۰۱۴۰ | -۰/۰۲۶۳ |
| اعتماد | -۰/۰۰۰۵ | -۰/۰۲۵۸ | -۰/۰۳۶۴** | -۰/۰۲۴۶ | -۰/۰۳۴۱* | -۰/۰۲۹** | -۰/۰۳۴۴* | -۰/۰۰۹۱ | -۰/۰۲۵۳ |
| سادگی | -۰/۰۲۰۸ | -۰/۰۱۲۴ | -۰/۰۱۲۴ | -۰/۰۲۳۱ | -۰/۰۴۹۳** | -۰/۰۲۲۲ | -۰/۰۲۸۸* | ۰/۰۱۱۳ | -۰/۰۲۴۰ |
| نوع دوستی | -۰/۰۰۵۸ | -۰/۰۱۲۹ | -۰/۰۲۰۰ | -۰/۰۱۲۹ | -۰/۰۱۸۰ | -۰/۰۰۸۹ | -۰/۰۱۷۳ | ۰/۰۸۰ | -۰/۰۱۷۲ |
| تبعیت | -۰/۰۱۷۹ | -۰/۰۳۱۱* | -۰/۰۳۰۷* | -۰/۰۳۳۷* | -۰/۰۴۸۸** | -۰/۰۴۷۶** | -۰/۰۳۲۵* | -۰/۰۳۱۹* | -۰/۰۳۶۸** |
| تواضع | ۰/۰۱۵۰ | ۰/۰۲۹۳* | ۰/۰۲۸** | ۰/۰۲۱۷ | ۰/۰۱۳۶ | ۰/۰۱۸۱ | ۰/۰۱۹۰ | ۰/۰۴۰** | ۰/۰۳۳۳* |
| درک دیگران | ۰/۰۱۶۷ | -۰/۰۰۳۰ | -۰/۰۰۴۵ | ۰/۰۰ | -۰/۰۱۱۸ | -۰/۰۰۱۹ | -۰/۰۰۱۶ | -۰/۰۰۰۲ | -۰/۰۰۱۹ |

*: $p < ۰/۰۵$ و **: $p < ۰/۰۱$

جدول ۴-۸: ضرایب همبستگی بین نیمرخ روانی و وجدانی بودن در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی

| متغیر | اختلال شبه جسمی | افسردگی | روابط بین فردی | اضطراب | پر خاشاکی | تجرب | تجرب | روانپریشی | اختلال روانی |
|------------------|-----------------|----------|----------------|---------|-----------|----------|----------|-----------|--------------|
| وجدانی بودن | -۰/۱۲۶ | -۰/۳۲۶* | -۰/۳۶۷** | -۰/۳۰۷* | -۰/۲۶۸ | -۰/۳۳۱* | -۰/۳۳۸* | -۰/۴۰۴** | -۰/۳۶۷** |
| شایستگی | -۰/۰۱۵ | -۰/۲۷۰ | -۰/۲۲۹ | -۰/۱۹۲ | -۰/۲۹۶* | -۰/۱۴۸ | -۰/۱۹۵ | -۰/۲۵۱ | -۰/۲۴۹ |
| نظم | -۰/۱۲۷ | -۰/۰۷۷ | -۰/۱۱۳ | -۰/۱۳۰ | -۰/۰۴۶ | -۰/۰۷۳ | -۰/۰۹۹ | -۰/۱۹۲ | ۰/۱۳۳ |
| وظیفه شناسی | -۰/۲۲۳ | -۰/۱۱۳ | -۰/۱۷۷ | -۰/۱۹۶ | -۰/۲۸۶* | -۰/۲۹۹ | -۰/۲۰۷ | -۰/۲۸۷* | -۰/۲۴۸ |
| تلاش برای موفقیت | ۰/۰۸۷ | -۰/۱۶۰ | -۰/۱۷۹ | -۰/۱۱۷ | ۰/۱۱۱ | -۰/۱۶۲ | -۰/۱۲۲ | -۰/۰۸۸ | -۰/۱۲۵ |
| نظم درونی | -۰/۰۹۲ | -۰/۳۶۲** | -۰/۳۷۲** | ۰/۲۸۰* | -۰/۲۲۵ | -۰/۳۶۸** | -۰/۳۸۰** | -۰/۴۲۶ | -۰/۳۶۲** |
| انعطاف ناپذیری | -۰/۱۵۲ | -۰/۳۸۴** | ۰/۳۶۷** | -۰/۳۰۷* | -۰/۲۴۱ | -۰/۲۹۱* | -۰/۲۰۵ | -۰/۳۱۳** | -۰/۳۳۰* |

*: $p < 0.05$ و **: $p < 0.01$

جدول ۴-۹: ضریب همبستگی بین افسردگی و اختلال وسواس فکری - عملی

| متغیر | وسواس | وسواس شستشو | وسواس واریسی | وسواس کندی | وسواس تردید |
|---------|--------|-------------|--------------|------------|-------------|
| افسردگی | ۰/۳۶۸* | ۰/۳۳۷* | ۰/۳۶۲* | ۰/۱۶۳ | ۰/۲۰۱ |

*: $p < 0.05$ و **: $p < 0.01$

همانطور که در جدول ۴-۹ مشاهده می شود بین افسردگی و وسواس همچنین بین افسردگی و وسواس شستشو و واریسی در بیماران مبتلا به وسواس رابطه معنادار مثبت وجود دارد.

جدول ۴-۱۰: ضریب همبستگی بین روابط بین فردی و اختلال وسواس فکری - عملی

| متغیر | وسواس | وسواس شستشو | وسواس واریسی | وسواس کندی | وسواس تردید |
|----------------|---------|-------------|--------------|------------|-------------|
| روابط بین فردی | ۰/۴۹۰** | ۰/۴۶۶** | ۰/۳۳۱* | ۰/۱۶۵ | ۰/۴۰۷** |

*: $p < 0.05$ و **: $p < 0.01$

همانطور که در جدول ۴-۱۰ مشاهده می شود بین روابط بین فردی و وسواس همچنین بین روابط بین فردی و وسواس شستشو، واریسی و تردید در بیماران مبتلا به وسواس رابطه معنادار مثبت وجود دارد.

جدول ۴-۱۱: ضریب همبستگی بین اضطراب و اختلال وسواس فکری - عملی

| متغیر | وسواس | وسواس شستشو | وسواس واریسی | وسواس کندی | وسواس تردید |
|--------|---------|-------------|--------------|------------|-------------|
| اضطراب | ۰/۵۲۷** | ۰/۴۲۱** | ۰/۵۳۴** | ۰/۱۲۸ | ۰/۳۱۴* |

*: $p < 0.05$ و **: $p < 0.01$

همانطور که در جدول ۴-۱۱ مشاهده می شود بین اضطراب و وسواس همچنین بین اضطراب و وسواس شستشو، واری و تردید در بیماران مبتلا به وسواس رابطه معنادار مثبت وجود دارد.

جدول ۴-۱۲: ضریب همبستگی بین پرخاشگری و اختلال وسواس فکری - عملی

| متغیر | وسواس | وسواس شستشو | وسواس واری | وسواس کندي | وسواس تردید |
|-----------|--------|-------------|------------|------------|-------------|
| پر خاشگری | ۰/۳۴۶* | ۰/۳۴۶* | ۰/۳۷۰* | -۰/۰۱۷ | ۰/۱۹۱ |

*: $p < 0/05$ و **: $p < 0/01$

همانطور که در جدول ۴-۱۲ مشاهده می شود بین پرخاشگری و وسواس همچنین بین پرخاشگری و وسواس شستشو و واری در بیماران مبتلا به وسواس رابطه معنادار مثبت وجود دارد.

جدول ۴-۱۳: ضریب همبستگی بین فوبی و اختلال وسواس فکری - عملی

| متغیر | وسواس | وسواس شستشو | وسواس واری | وسواس کندي | وسواس تردید |
|-------|---------|-------------|------------|------------|-------------|
| فوبی | ۰/۴۷۴** | ۰/۴۲۸** | ۰/۲۲** | ۰/۲۰۶ | ۰/۲۷۶ |

*: $p < 0/05$ و **: $p < 0/01$

همانطور که در جدول ۴-۱۳ مشاهده می شود بین فوبی و وسواس همچنین بین فوبی و وسواس شستشو و واری در بیماران مبتلا به وسواس رابطه معنادار مثبت وجود دارد.

جدول ۴-۱۴: ضریب همبستگی بین پارانوای و اختلال وسواس فکری - عملی

| متغیر | وسواس | وسواس شستشو | وسواس واری | وسواس کندي | وسواس تردید |
|----------|---------|-------------|------------|------------|-------------|
| پارانویا | ۰/۵۵۴** | ۰/۵۵۸** | ۰/۳۶۸* | ۰/۲۸۵* | ۰/۳۵۳* |

*: $p < 0/05$ و **: $p < 0/01$

همانطور که در جدول ۴-۱۴ مشاهده می شود بین پارانوای و وسواس همچنین بین پارانوای و وسواس شستشو، واری، کندي و تردید در بیماران مبتلا به وسواس رابطه معنادار مثبت وجود دارد.

جدول ۴-۱۵: ضریب همبستگی بین روانپریشی و اختلال وسواس فکری - عملی

| متغیر | وسواس | وسواس شستشو | وسواس واری | وسواس کندي | وسواس تردید |
|-----------|---------|-------------|------------|------------|-------------|
| روانپریشی | ۰/۵۱۲** | ۰/۴۹۵** | ۰/۴۰۷** | ۰/۲۰۴ | ۰/۳۳۸* |

*: $p < 0/05$ و **: $p < 0/01$

همانطور که در جدول ۴-۱۵ مشاهده می شود بین روانپریشی و وسواس همچنین بین روان پریشی و وسواس شستشو، واری و تردید در بیماران مبتلا به وسواس رابطه معنادار مثبت وجود دارد.

جدول ۴-۱۶: ضریب همبستگی بین اختلال شبه جسمی و اختلال وسواس فکری - عملی

| متغیر | وسواس | وسواس شستشو | وسواس واریسی | وسواس کندی | وسواس تردید |
|-----------------|---------|-------------|--------------|------------|-------------|
| اختلال شبه جسمی | ۰/۳۷۶** | ۰/۳۰۶* | ۰/۳۷۹** | ۰/۱۶۷ | ۰/۱۷۳ |

*: $p < 0/05$ و **: $p < 0/01$

همانطور که در جدول ۴-۱۶ مشاهده می شود بین اختلال شبه جسمی و وسواس همچنین بین اختلال شبه جسمی و وسواس شستشو و واریسی در بیماران مبتلا به وسواس رابطه معنادار مثبت وجود دارد.

جدول ۴-۱۷: ضریب همبستگی ویژگی شخصیت روان رنجورخویی و اختلال وسواس فکری - عملی

| متغیر | وسواس | وسواس شستشو | وسواس واریسی | وسواس کندی | وسواس تردید |
|-----------------|---------|-------------|--------------|------------|-------------|
| روان رنجور خویی | ۰/۴۲۵** | ۰/۳۰۹* | ۰/۲۰** | -۰/۰۴۵ | ۰/۳۵۵* |

*: $p < 0/05$ و **: $p < 0/01$

همانطور که در جدول ۴-۱۷ مشاهده می شود بین ویژگی شخصیت روان رنجوری و وسواس و همچنین بین ویژگی شخصیت روان رنجوری و خوشه های شستشو، واریسی و تردید در بیماران مبتلا به وسواس رابطه معنادار مثبت وجود دارد.

جدول ۴-۱۸: ضریب همبستگی ویژگی شخصیت برون گرایی و اختلال وسواس فکری - عملی

| متغیر | وسواس | وسواس شستشو | وسواس واریسی | وسواس کندی | وسواس تردید |
|-----------|--------|-------------|--------------|------------|-------------|
| برونگرایی | -۰/۲۰۸ | -۰/۲۷۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۲۳ | -۰/۱۸۴ |

*: $p < 0/05$ و **: $p < 0/01$

همانطور که در جدول ۴-۱۸ مشاهده می شود بین ویژگی شخصیت برونگرایی و وسواس رابطه معناداری بدست نیامد.

جدول ۴-۱۹: ضریب همبستگی بین ویژگی شخصیت دلدیربودن و اختلال وسواس فکری - عملی

| متغیر | وسواس | وسواس شستشو | وسواس واریسی | وسواس کندی | وسواس تردید |
|-------------|--------|-------------|--------------|------------|-------------|
| دلپذیر بودن | -۰/۲۳۷ | -۰/۲۳۳ | -۰/۲۹۹* | -۰/۰۱۴ | -۰/۰۱۱ |

*: $p < 0/05$ و **: $p < 0/01$

همانطور که در جدول ۴-۱۹ مشاهده می شود بین ویژگی شخصیت دلپذیر بودن و وسواس رابطه معنادار وجود ندارد.

جدول ۴-۲۰: ضریب همبستگی ویژگی شخصیت باز بودن و اختلال وسواس فکری - عملی

| متغیر | وسواس | وسواس شستشو | وسواس واریسی | وسواس کندی | وسواس تردید |
|----------|--------|-------------|--------------|------------|-------------|
| باز بودن | -۰/۱۷۴ | -۰/۲۹۶* | -۰/۰۲۵ | -۰/۱۱۷ | -۰/۰۲ |

*: $p < ۰/۰۵$ و **: $p < ۰/۰۱$

همانطور که در جدول ۴-۲۰ مشاهده می شود بین ویژگی شخصیت باز بودن و خوشه وسواس شستشو در بیماران مبتلا به وسواس رابطه معنادار مثبت وجود دارد.

جدول ۴-۲۱: ضریب همبستگی ویژگی شخصیت باوجدان بودن و اختلال وسواس فکری - عملی

| متغیر | وسواس | وسواس شستشو | وسواس واریسی | وسواس کندی | وسواس تردید |
|--------------|---------|-------------|--------------|------------|-------------|
| باوجدان بودن | -۰/۳۶۷* | -۰/۳۶۵* | -۰/۳۳۴* | -۰/۰۶۲ | -۰/۲۸۴ |

*: $p < ۰/۰۵$ و **: $p < ۰/۰۱$

همانطور که در جدول ۴-۲۱ مشاهده می شود بین ویژگی شخصیت با وجدان بودن و وسواس همچنین بین ویژگی شخصیتی با وجدان بودن و خوشه های وسواس شستشو و واریسی در بیماران مبتلا به وسواس رابطه معنادار منفی وجود دارد.

جدول ۴-۲۲: نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری اختلالات روانی (افسردگی، روابط بین فردی، اضطراب،

روانپریشی، اختلال شبه جسمی، پرخاشگری، فوبی، پارانویا) در بیماران مبتلا به وسواس فکری - عملی

| مدل | SS | DF | MS | F | P |
|------------------|----------|----------------|---------|---------------------|--------------|
| رگرسیون | ۴۰۱/۹۰۱ | ۱ | ۴۰۱/۹۰۱ | ۲۳/۶۶۹ | ... |
| باقیمانده | ۷۸۱/۰۷۸ | ۴۶ | ۱۶/۹۸۰ | | |
| کل | ۱۱۸۲/۹۷۹ | ۴۷ | | | |
| متغیرهای پیش بین | R | R ² | ARS | ضرایب غیر استاندارد | t(P) |
| Constant | | | | Beta | |
| | | | | B | SE |
| | | | | ۱۲/۶۷۶ | ۰/۹۶۲ |
| | | | | - | ۱۳/۱۷۶ (۰۰۰) |
| فوبی | ۰/۵۸۳ | ۰/۳۴۰ | ۰/۳۲۵ | ۲/۵۵۹ | ۴/۸۶۵ (۰۰۰) |

همانطور که در جدول بالا مشاهده می شود نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نشان می دهد که اختلال های افسردگی، روابط بین فردی، اضطراب، روانپریشی، اختلال شبه جسمی، پرخاشگری، پارانویا در پیش بینی نشانه های اختلال وسواس در بیماران وسواسی نقش معناداری نداشته اند و بر

این اساس از معادله حذف شدند. و نتایج نشان می دهد که متغیر فوبی پیش بینی کننده نشانه وسواس در بیماران وسواسی بوده اند. نسبت مقدار F بیانگر ارتباط این متغیر با نشانه های وسواس بیماران وسواسی است ($p < 0.00$) اطلاعات مربوط به ضریب تعیین و نسبت های حاصل از تحلیل رگرسیون نشانه های وسواس در بیماران وسواس روی اختلال فوبی با توجه به جدول بالا نشان داد که فوبی حدود ۳۴ درصد نشانه های وسواس را در بیماران وسواسی تبیین می کند.

جدول ۴-۲۳: نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری ویژگیهای شخصیتی (روان رنجور خویی، برونگرایی، بازبودن، توافق، وجدانی بودن) در بیماران مبتلا به وسواس فکری - عملی

| مدل | SS | DF | MS | F | P |
|------------------|----------|----------------|---------|---------------------|------------------|
| رگرسیون | ۲۱۳/۴۸۶ | ۱ | ۲۱۳/۴۸۶ | ۱۱/۱۲۹ | ۰/۰۰۳ |
| باقیمانده | ۹۶۹/۴۹۴ | ۴۶ | ۲۱/۰۷۶ | | |
| کل | ۱۱۸۲/۹۷۹ | ۴۷ | | | |
| متغیرهای پیش بین | R | R ² | ARS | ضرایب غیر استاندارد | t(P) |
| Constant | | | | Beta | |
| | | | | B | SE |
| | | | | ۰/۷۸۸ | ۴/۹۳۵ |
| روان رنجور خویی | ۰/۴۲۵ | ۰/۱۸۰ | ۰/۱۶۳ | ۰/۲۴۰ | ۰/۱۶۰ (۰/۸۷۴) |
| | | | | ۰/۴۲۵ | ۳/۱۸۳ (۰/۰۰۳) |

همانطور که در جدول بالا مشاهده می شود نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نشان می دهد که ویژگیهای برونگرایی، بازبودن، توافق، وجدانی بودن در پیش بینی نشانه های اختلال وسواس در بیماران وسواسی نقش معناداری نداشته اند و بر این اساس از معادله حذف شدند. و نتایج نشان می دهد که متغیر عصبیت پیش بینی کننده نشانه وسواس در بیماران وسواسی بوده است. نسبت مقدار F بیانگر ارتباط این متغیر با نشانه های وسواس بیماران وسواسی است ($p < 0.00$) اطلاعات مربوط به ضریب تعیین و نسبت های حاصل از تحلیل رگرسیون نشانه های وسواس در بیماران وسواس روی ویژگی عصبیت با توجه به جدول بالا نشان داد که عصبیت حدود ۱۸ درصد نشانه های وسواس را در بیماران وسواسی تبیین می کند.

فصل پنجم

بحث و نتیجه گیری

بحث در نتایج

نتیجه گیری

پیشنهاد پژوهش

محدودیت های پژوهش

منابع پیوست ها

۵-۱- بحث در نتایج

۵-۱-۱- فرضیه اول پژوهش عنوان کرد که بین نیمرخ روانی و گرایشهای شخصیتی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی رابطه وجود دارد.

نتایج نشان داد که بین روان رنجور خویی با تمامی اختلالهای روانی رابطه معنادار مثبت وجود دارد به عبارت دیگر هر چه ویژگیهای روان رنجور خویی افزایش پیدا کنند. شدت علائم نیز افزایش یافته و متقابلاً سلامت روان کاهش می یابد. در این بین بالاترین همبستگی متعلق به روابط بین فردی، روان پریشی و پایین ترین همبستگی متعلق به اختلال شبه جسمی است. برونگرایی با روابط بین فردی همبستگی منفی دارد به این ترتیب با افزایش برون گرایی از شدت شاخص روابط بین فردی کاسته می شود.

باز بودن با فوبی همبستگی منفی دارد یعنی با افزایش گرایش باز بودن فوبی کاهش می یابد. دلدیر بودن نیز با پرخاشگری، فوبی و پارانوئیا همبستگی منفی دارد یعنی با افزایش دلدیر بودن شدت این علائم کاهش می یابد

وجدانی بودن با افسردگی، روابط بین فردی، اضطراب، فوبی، پارانوئیا، روانپریشی رابطه معنادار منفی دارد یعنی با افزایش ویژگی وجدانی بودن، افسردگی، روابط بین فردی اضطراب، فوبی، پارانوئیا، روانپریشی کاهش می یابد. پژوهشهای انجام گرفته در زمینه علائم روانپزشکی با عوامل اصلی شخصیت نیز گویای ارتباط این نشانه ها با علائم روانپزشکی است. خصوصاً اینکه ابعاد مختلف این علائم همبستگی بالایی با سه عامل با وجدان بودن، روان رنجور خویی، و دلدیر بودن دارند (۱۲۴).

۵-۱-۲- فرضیه دوم تا ششم ارتباط بین روان رنجور خویی، برون گرایی، باز بودن، دلدیر بودن، و وجدانی بودن را با اختلال وسواس فکری - عملی بررسی می کنند. نتایج به دست آمده نشان می دهند که بین ویژگی شخصیتی روان رنجوری و وسواس همچنین بین ویژگی شخصیت روان رنجوری و وسواس شستشو، واریسی و تردید در بیماران مبتلا به وسواس رابطه معنادار مثبت وجود دارد و این بدان معنی است که هرچه ویژگی روان رنجور خویی در بیمار وسواسی بالاتر باشد وسواسش شدیدتر و نوع تردید و شستشو و واریسی در او بیشتر دیده می شود. برای تبیین این مساله باید گفت که نمرات برافراشته روان رنجورخویی آسیب پذیری در رشد اختلال وسواس فکری- عملی را افزایش می دهد. این نتایج همسو با تحقیقات ساموئلز و همکاران (۲۰۰۰) و رکتور و همکاران (۲۰۰۲) می باشد.

بین ویژگی شخصیتی برونگرایی و وسواس رابطه معناداری بدست نیامد. این نتایج مخالف با تحقیقات آیزنگ و همکاران می باشد که این ارتباط را معنادار بدست آورده اند. همچنین تحقیق آنها نشان می داد که نمرات برون گرایی در بیماران وسواسی پایین تر است. میانگین نمرات بدست آمده از این پژوهش نیز گویای این مساله است. بنابراین در تبیین آن می توان گفت که برونگراها افرادی اجتماعی هستند و تمایل به شرکت در اجتماعات را دارند. ولی بیماران وسواسی به علت بیماریشان از اجتماعات دوری می کنند.

بین ویژگی شخصیتی دلپذیر بودن و وسواس رابطه معنادار وجود ندارد. این نتایج مخالف با تحقیقات رکتور و همکاران (۲۰۰۲) می باشد. تحقیقات قبلی نشان داده بودند که بیماران وسواسی کمتر دلپذیر هستند.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که بین ویژگی شخصیتی باز بودن و وسواس شستشو در بیماران مبتلا به وسواس رابطه معنادار مثبت وجود دارد. این نتایج مخالف با تحقیقات ساموئلز و همکاران (۲۰۰۰) و همسو با تحقیقات رکتور و همکاران (۲۰۰۲) می باشد.

در نهایت نتایج نشان داد که بین ویژگی شخصیتی با وجدان بودن و وسواس همچنین بین ویژگی شخصیتی با وجدان بودن و وسواس شستشو و واری در بیماران مبتلا به وسواس رابطه معنادار منفی وجود دارد. این نتایج همسو با تحقیقات رکتور و همکاران و مخالف با تحقیقات ساموئلز و همکارانش می باشد. به طور مشابه اجتناب از آسیب بالا در مدل زیستی - اجتماعی یکپارچه کلینجر و همکاران (۲۱) هیجان خواهی پایین در مدل پنج عاملی تناوبی زاکرمن و نقش افکار در ایجاد و نگهداری وسواس های فکری و اجبارهای (بابت و همکاران) نیز این آسیب پذیری را نشان داده اند. تحقیقات در خصوص مدل پنج عاملی شخصیت نیز، افراد دارای ویژگیهای اختلال وسواس فکری - عملی، نمرات بالایی در روان رنجور خویی (۱۲۵، ۱۲۶)، نمرات پائینی در برونگرایی (۱۲۵) و وجدانی بودن (۱۲۵؛ ۱۲۶) بدست آورده اند. اما در رابطه با عوامل انعطاف پذیری و دلپذیر بودن، برخی نتایج نشان دهنده نمرات متوسط (۱۲۵) و برخی نمرات بالا در عامل انعطاف پذیری (۱۲۶) بوده اند. با توجه به نتایج تحقیقات پیشین و یافته های پژوهش حاضر می توان چنین استنباط نمود که نمرات بالا در ویژگیهای مربوط به روان رنجورخویی، با آمادگی بیشتر فرد برای تجربه احساسات منفی و افزایش آسیب روانی توأم است. افراد دچار علائم مربوط به اختلال وسواس فکری - عملی، تمایلات درونگرایی بیشتری داشته و افراد جزم اندیشی بوده و هیجانات منفی از قبیل اضطراب و افسردگی بیشتری را تجربه می نمایند.

۵-۱-۳- فرضیه هفتم تا چهاردهم عنوان کرده اند که بین افسردگی، اضطراب، روابط بین فردی، اختلالات شبه جسمی، پرخاشگری، فوبی، پارانوئیا، روانپریشی، و اختلال وسواس فکری- عملی رابطه وجود دارد. نتایج نشان داد که بین افسردگی و نمره کل وسواس فکری- عملی و خوشه های علائم شستشو و واریسی در بیماران مبتلا به وسواس رابطه معنادار مثبت وجود دارد. این نتایج همسو با پژوهشهای بارلو، دیناردو و وورمیلی (۹)، استکتی و همکاران (۸)، کارنو و همکاران (۱۸)، کاپلان و ماینر (۱۱۲).

بین اضطراب و وسواس همچنین بین اضطراب و خوشه های علائم وسواس شستشو، واریسی و تردید در بیماران مبتلا به وسواس رابطه معنادار مثبت وجود دارد. که با پژوهشهای کاپلان و همکاران (۱۱۲) می باشد.

همچنین نتایج نشان داد که بین فوبی و وسواس، همچنین بین فوبی و خوشه های علائم وسواس شستشو و واریسی در بیماران مبتلا به وسواس رابطه معنادار مثبت وجود دارد که این یافته ها با تحقیقات وودی و همکاران همسو است (۱۱۱).

بین پارانوئیا و نمره کل وسواس فکری- عملی و خوشه های علائم وسواس شستشو، واریسی، کندی و تردید در بیماران مبتلا به وسواس رابطه معنادار مثبت وجود دارد. با تحقیقات شیلا و همکاران همسو است.

بین روانپریشی و نمره کل وسواس فکری- عملی و خوشه های علائم وسواس شستشو، واریسی و تردید در بیماران مبتلا به وسواس رابطه معنادار مثبت وجود دارد. این نتایج همسو با تحقیقات (۱۷، ۸) می باشد.

بین پرخاشگری و نمره کل وسواس فکری- عملی و خوشه های علائم وسواس شستشو و واریسی در بیماران مبتلا به وسواس رابطه معنادار مثبت وجود دارد. این نتایج همسو با تحقیقات وودی و همکاران (۱۱۱) می باشد.

بین روابط بین فردی و نمره کل وسواس فکری- عملی و خوشه های علائم وسواس شستشو، واریسی و تردید در بیماران مبتلا به وسواس رابطه معنادار مثبت وجود دارد. این نتایج همسو با تحقیقات وودی و همکاران (۱۱۱) می باشد.

بین اختلال شبه جسمی نمره کل وسواس فکری- عملی و خوشه های علائم وسواس شستشو و واریسی در بیماران مبتلا به وسواس رابطه معنادار مثبت وجود دارد. این نتایج همسو با تحقیقات وودی و همکاران (۱۱۱) می باشد.

در تبیین یافته های فوق می توان گفت که، اختلالات بالینی کمتر به صورت تک اختلالی بروز می کنند (۱۲۷، ۱۲۸) وسواس مانند دیگر اختلالات اضطرابی، میزان هم ابتلایی بالایی با سایر اختلالات روانی دارد. یافته های تحقیقات مختلف نشان می دهد که نصف تا سه چهارم افراد مبتلا به وسواس حداقل یک اختلال دیگر نیز دارند (۱۲۹، ۱۳۰) و فقط ۱۵ درصد آنها تک اختلالی هستند (۱۳۱؛ ۱۳۲). در مطالعه هومیدا و همکاران (۱۳۳) ۴۳ درصد بیماران مبتلا به وسواس دارای هم ابتلایی با دیگر اختلالات روانپزشکی (به ترتیب افسردگی اساسی ۱۹/۹ درصد و دیستایمیا ۵/۵ درصد) بودند. در مطالعه شفران و مانسل (۱۳۴) اکثر مبتلایان به وسواس دارای اختلال افسردگی، اضطراب و تیک بودند. لاست و تراس (۱۳۵) میزان اضطراب را در کودکان بسیار بیشتر از افسردگی تخمین می زند. هم ابتلایی اختلال اضطراب قبل و بعد از ابتلای فرد به وسواس متداول است و در طول ابتلای فرد به وسواس احتمال خطر ابتلا به اختلالات افسردگی، اضطراب، خورد و خوراک و تیک افزایش می یابد (۱۳۰). مطالعه تکل، پولات، ازمیر، آکسوت و ترکسوی (۱۳۶) میزان هم ابتلایی را تا ۶۸/۷ درصد و میزان افسردگی را ۳۹/۵ درصد گزارش می کند. یافته های تحقیقات بیانگر میزان بالای هم ابتلایی وسواس با دیگر اختلالات روانپزشکی از ۷۵ تا ۸۴ درصد است. در واقع شاید بتوان به این نتیجه گیری رسید که وسواس اختلالی است که بر طیف وسیعی از علایم روانپزشکی قرار می گیرد.

۵-۱-۴- سوال اول پژوهش این بود که کدام بعد روانی، اختلال وسواس فکری- عملی را بهتر پیش بینی می کند؟

نتایج نشان داد که بین افسردگی با ۲۴ درصد و پرخاشگری با ۲۲ درصد بیشترین فراوانی و اختلال شیخ جسمی با ۸ درصد کمترین فراوانی را دارا هستند.

نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد که متغیر فوبی پیش بینی کننده نشانه وسواس در بیماران وسواسی بوده است. در حقیقت، اختلال وسواس فکری- عملی در DSM-IV به عنوان یک اختلال اضطرابی طبقه بندی شده که عموماً با سایر اختلال های اضطرابی همراه است. گاهی اوقات وسواس با فوبی (ترس شدید یا غیر منطقی) اشتباه گرفته می شود. از نقطه نظر وجوه مشترک وسواس و فوبی، این اشتباه چندان هم تعجب آور نیست. در هر دو اختلال اضطراب وجود دارد و در هر دوی آنها رفتارهای اجتنابی دیده می شود. تحقیقات مختلف نشان داده اند که خطر مربوط به هراس ساده در طول عمر بسیار زیاد است، از ۵۰ درصد تا ۷۷ درصد می باشد (۱۸، ۱۰)، اما در مورد

هراس اجتماعی (۱۸ درصد) و هراس از مکان های باز (۹ درصد) به طور قابل توجهی پایین تر است (۱۰).

۵-۱-۵- سوال دوم پژوهش این بود که کدام بعد شخصیتی، اختلال وسواس فکری- عملی را بهتر پیش بینی می کند؟

نتایج نشان داد که بین گرایش های شخصیتی، روان رنجورخویی با ۸۶ درصد بیشترین فراوانی و باز بودن با ۴ درصد کمترین فراوانی را در بیماران وسواس دارا می باشند.

نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که متغیر روان رنجورخویی پیش بینی کننده نشانه وسواس در بیماران وسواسی است. بررسی ارتباط بین عوامل شخصیتی از دیدگاه آیزنگ و افکار وسواسی نشان می دهد، افرادی که ویژگی روان رنجور خویی بالایی دارند آسیب پذیری بیشتری نسبت به این افکار از خود نشان می دهد (۱۲۴) همچنین از دیدگاه کلونینجر، افراد دارای افکار وسواسی در عامل اجتناب از آسیب، نمرات بالایی کسب می کنند. یا از نظر هیجان خواهی در رویکرد زاکرمن در سطح پایینی هستند. با توجه به نتایج تحقیقات پیشین و یافته های پژوهش حاضر می توان چنین استنباط نمود که نمرات بالا در ویژگی مربوط به روان رنجورخویی، با آمادگی بیشتر فرد برای تجربه احساسات منفی و افزایش آسیب روانی توأم است.

نتیجه گیری

سالهاس است که بحث درباره این نکته که پدیده های وسواس فکری- عملی با کدام یک از اختلالها بیشتر در ارتباطند، بین صاحب نظران مطرح است. ژانه (۱۹۰۳) علت چنین نشانه هایی را اغتشاش کنش وری شناختی در رابطه با واقعیت های بیرونی می دانست. در حالیکه فروید (۱۹۸۶) پدید آیی آن را به درماندگی هیجانی مربوط به مسائل جنسی دوران کودکی نسبت می داد (۱۳۸) شاید هریک از این اختلالها جنبه هایی از پدیده وسواس را منعکس می نمایند. با وجود این تحقیقات قبلی بر ارتباط نشانه های وسواس و شکل های دیگر رفتاری یا بر وابستگی عاطفی یا بر عوامل شناختی تاکید دارند. اینکه تا چه حد این ابعاد شخصیتی آسیب پذیری پایدار در عود و بازگشت علائم وسواس را نشان می دهد یا اینکه تا چه حد وابسته به حالت هستند، هنوز در هاله ای از ابهام است. بنابراین احتمال رشد علائم و یا کمرنگ شدن آنها توسط این ابعاد نیاز به تحقیقات بیشتری دارد. از دیدگاه بالینی، تحقیقات گذشته نشان می دهد که صفات شخصیتی نابهنجار به دنبال پاسخ موفق به درمان شناختی- رفتاری (CBT) کاهش می یابد. البته با کمال تعجب توجه اندکی به اینکه آیا تغییر در صفات ابعادی

شخصیت می تواند واسطه پاسخ به CBT باشد، صورت گرفته است. گرچه تحقیقات مشابه در CBT افسردگی نشان داده اند که وابستگی متقابل بین تغییر شخصیت و تغییر خلق و خو وجود دارد. در نتیجه بررسی متقابل شخصیت و علائم وسواس ممکن است به اصلاح درمان های روانشناختی که سودمندی کمی نشان می دهند. منجر شود.

۵-۲- محدودیتهای پژوهش

از محدودیتهای این پژوهش می توان به عدم کنترل شدت بیماری، عدم کنترل نوع، و مدت درمان هایی که نمونه مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی پیش از شرکت در پژوهش دریافت کرده بود و برابر نبودن تعداد زنان و مردان اشاره کرد.

۵-۳- پیشنهادات پژوهش

برای تأیید نتایج این پژوهش لازم است پژوهش در نمونه های دیگری تکرار شود. بخصوص لازم است علاوه بر یک گروه غیر بالینی از یک گروه از مبتلایان به سایر اختلالات اضطرابی نیز استفاده گردد تا اختصاصی بودن نتایج به اختلال وسواسی - اجباری مورد آزمون قرار گیرد. توصیه می شود پژوهش در نمونه های بزرگتر و با نسبت جنسیتی متعادل تر تکرار شود. پیشنهاد می شود نیمرخ روانی و شخصیتی بیماران وسواسی با افراد سالم و سایر بیماران مقایسه گردد.

پیشنهادهای کاربردی

به درمانگران و مشاورانی که با افراد مبتلا به این اختلال سرو کار دارند پیشنهاد می شود که به ویژگی های شخصیتی و اختلالات روانی همراه با این بیماری توجه نمایند، زیرا آگاهی داشتن بر این متغیرها می تواند در زمینه ارائه خدمات بهتر و مناسبتر به این بیماران کمک کننده باشد. با توجه به اینکه یافته های پژوهش حاضر ارتباط وسواس را با سایر اختلالات نشان می دهد بنابراین پیشنهاد می گردد در بحث درمان این بیماران، به اختلالات همایند و درمان آنها توجه شود. تجدید نظر در نوع توجه و درمان بیماران با توجه به یافته های پژوهش حاضر می تواند از وارد شدن خسارت های فردی و اجتماعی ناشی از بروز این بیماری جلوگیری نماید.

منابع و مواخذ

1. American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Ed. Washington :Author.
۲. سادوک ، بنیامین جمیز؛ سادوک ، ویرجینیا . آ؛ کاپلان ، هارولد (۲۰۰۷) . خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری و روانپزشکی بالینی . جلد دوم سوم . ترجمه رضایی، فرزین (۱۳۸۸) . تهران . انتشارات ارجمند
- 3.Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1992). The epidemiology and differential diagnoses of obsessive compulsive disorder Journal of Clinical Psychiatry, 53, 4-10.
۴. مهین، همایون؛ ارتباط نشانگان وسواس، بی اختیاری با مولفه های اضطراب، افسردگی و گسیخته ریختی در بیماران روانی سرپایی. نشریه دانشکده ادبیات و علوم انسانی تبریز، تابستان و پاییز، ۱۳۸۱، شماره ۴۵، صفحات ۲۶۷-۳۰۲.
۵. دادفر،م.؛ بوالهری، ج.~، ملکوتی، ک.~ و بیان زاده، ا.~. (۱۳۸۰). بررسی شیوع نشانه های اختلال وسواسی-اجباری. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، شماره ۷، صفحات ۲۷-۳۲.
6. Kaplan & Sadok, synopsis of psychiatry10 the edition (2007).
۷. فرهودیان، علی، (۱۳۸۳). یک مدل چند بعدی در اختلال وسواسی- اجباری. تازه های علوم شناختی، سال ۶، شماره ۱ و ۲، صص ۹۵-۹۶.
۸. استکتی گایل اس. (۱۳۷۷). روشهای درمان اختلال وسواس فکری و عملی، حسن توزنده جانی- نسرين کمال پور(مترجمان)، انتشارات آستان قدس رضوی.
9. Barlow, D. H., DiNardo, P.A., & Verimilyea, B. B. (1986). Comorbidity and depression among the anxiety disorders. Journal of Nervous and Mental diseases, 174, 63-72.
10. Rasmussen, S. A., Tusang, M.T. (1986a). clinical characteristics and family history in DSM III obsessive- compulsive disorder. American Jurnal of psychiatry, 143, 317-322.

11. Skodal, A. E., Oldham, J. M., Hyler, S.E., Stein, D. J., Hollander, E., Gallasher, D. E. & Lopez, A. E. (1995). patterns of anxiety and personality disorder comorbidity. *Journal of psychiatric research*, 5, 361-364.
12. Lenzenweger, M. F., Korfine, L. (1994). Perceptual aberrations schizotypy and the Wisconsin card sorting test. *Schizophrenia Bulletin*, 20(2), 345-357.
13. Purdon, D. & Clark, D.A. (1993). Obsessive intrusive thoughts in non-clinical subjects: part I. Content and relation with depressive, anxious and obsessional symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 713-720.
14. Enright, S. J & Beech, A. R., (1990). Obsessional States: Anxiety disorders of schizotypes? An information processing and personality assessment. *Psychological Medicine*, 20, 621- 627.
15. Enright, S. J & Beech, A. R., (1993). Reduced cognitive inhibition in obsessive- compulsive disorder. *British Jornal of Clinical psycholohg*, 32, 67-74.
16. Beech, A., McManus, D., Baylis, G. Tipper, S. & Agar, K. (1991). Individual difference in Cognitive processes: Toward on explanation of Schizophrenic symptomatology. *British Journal of Psychology*, 82, 417-426.
17. Ingram, R.E., & Kendall, P.C. (1961). *Cognitive clinical psychology: Implications of an information processing approaches to clinical psychology*. Orlando, FL: Academic Press.
18. Koran LM: *Obsessive-Compulsive and Related Disorders in Adults: A Comprehensive Clinical Guide*. ambridge,UK, Cambridge University Press, 1999 [G]
۱۹. حق شناس، حسین (۱۳۸۵). طرح پنج عاملی ویژگیهای شخصیت. شیراز: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز.
20. Eyseck, H. J., & Eyseck., M. W. (1985). *Personality and individual differences: A natural science approach*. New York: plenum Press.
21. Cloninger, C. R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Archives of General Psychiatry*, 48, 730-738.

22. Zukerman, M., kuhlman, D. M., Joireman, J., Teta, P., & Kraft, M (1993). A compairson of three structural models for personality: The big three, the big five, and the alternate five. *Jornal of personality and Social Psychology*, 65, 757-768.

23. Babbitt, T., Rowland, G., & Franken, R. (1990). Sensation seeking: Preoccupation with diet and exercise regimens. *Personality and Individual Differences*, 11, 759-761.

24. Pfohl, B., Black, D., Noyes, R., Kelley, M., Blum, N., 1990. A test of the tridimensional personality theory: association with diagnosis and platelet imipramine binding in obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry* 28, 41-46

25. Richter, M. A., Summerfeldt, L. J., Joffe, R. T., & Swinson, R. P. (1996). The Tridimensional Personality Questionnaire in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 65, 185-188.

26. Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

27. Samuels, J., Nestadt, G., Bienvenu, O. J., Costa, P. T., Riddle, M. A., & Liang, K. (2000). Personality disorders and normal personality dimensions in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 177, 457-462.

28. Rector. N.A, Hood. K, Michael Bagby. R, (2002), Obsessive-compulsive disorder and the five-factor model of personality: distinction and overlap with major depressive disorder, *Behaviour Research and Therapy* 40 , 1205-1219

۲۹. دیوسیون ، جرال.سی؛ کرینگ ، آن م؛ نیل ، جان . م ؛ جانسون . شری . ل (۲۰۰۷) . آسیب شناسی روانی . ترجمه شمسی پور ، حمید (۱۳۸۸) . تهران انتشارات ارجمند .

۳۰. اتکینسون، ریتا.ال؛ اسمیت، ادوارد.ای؛ نولن هکسیما، سوزان؛ فرد دیکسون، باربارا. ال؛ لافتوس، جفری.ز؛ بم ، داریل .ج؛ مارن، استیفن (۲۰۰۳). زمینه روانشناسی هیلگارد.ترجمه رفیعی، حسن؛ ارجمند، محسن؛ حمیدپور، حسن (۱۳۸۶). تهران. انتشارات ارجمند.

۳۱. پور افکاری، نصرت الله (۱۳۸۰). فرهنگ جامع روانشناسی - روانپزشکی و زمینه های وابسته. جلد دوم. تهران. انتشارات فرهنگ معاصر.

۳۲. لطفی کاشانی؛ فرح، وزیری شهرام (۱۳۸۳). روانشناسی مرضی کودکان. تهران. انتشارات ارسباران

۳۳. گروسی، میرتقی (۱۳۸۰)، رویکردهای نوین در ارزیابی شخصیت. تبریز، نشر جامعه پژوه.

۳۴. شولتز و شولتز (۱۳۸۱). نظریه های شخصیت. ترجمه یحیی سید محمدی، تهران، نشر ویرایش.

35. Costa, P. T., & McCrae, R. R. (2004). Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources

36. Hollidey, w. Julie ; Nicholas. M; William, f (2003) considering the role of personality in the work family experience: Relationship of the Big five factor to work – family conflict and facilitation. Journal of vocational behavior. Article in press.

37. McCrae. R.R., & Costa. P.T. Jr. (1991). Adding Liebe undarbeite: The full five- factor models of well- being. personality and Social Psychology Bulletin, 17: 222-232.

۳۸. کلارک. دیوید. م، فربورن. کریستوفر (۱۹۹۰). ترجمه حسین کاویانی (۱۳۸۵). تهران، مهر کاویان

39. Riggs DS, Foa, EB (1993): Obsessive-compulsive disorder. In: Barlow DH, editor. Clinical Handbook of Psychological Disorders. New York: Guilford Press, 189–239.

۴۰. اندوز، ز.، صاحبی، ع. و طباطبایی، م. (۱۳۸۲). مقایسه‌ی کارایی و اثربخشی رویارویی و بازداری از پاسخ با درمان از طریق کاهش فکر خطرناک در اختلال وسواس شستشو، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال یازدهم، شماره ۲.

۴۱. دسیلوا، پادمال. و راچمن، استانلی. (۱۳۸۵). حقایقی درباره اختلال وسواس (ترجمه رضا شاپوریان). تهران: رشد. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی ۱۹۳۴).

۴۲. استکتی، گیل. (۱۳۷۶). درمان رفتاری وسواس. (ترجمه عباس بخشی پور و مجید محمود علیلو). تبریز: نشر روان پویا. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی ۱۹۹۰).

43. Hadgson, R. J., & Rachman, s. (1980). Obsessive-compulsive complaints, Prentice Hall, Englewood Cliffs.

44. Greenberg, Neil. Ethological considerations in the experimental study of lizard behavior, In Behavior and Neurology of Lizards. N. Greenberg and P.D. MacLean, Editors. 1978, NIMH, Bethesda, MD. p. 203-226.

45. Merikangas, K. R., (2005). Anxiety Disorder epidemiology. In B. S. Sadock & V. A. Sadock (Ed). Comprehensive Textbook of psychiatry (pp. 1720-1727. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.

46. Mohammadi, M. R., Ghanizadeh, A., Rahgozar, M., (2004). Prevalence of obsessive-compulsive disorder in Iran. BMC Psychiatry. 4: 2.

47. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Lee CK, Newman SC, Oakley-Browne MA, Rubio-Stipec M, Wickramaratne PJ, et al. The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. *The Cross National Collaborative Group Journal of Clinical Psychiatry*. 1994; **55**: 5-10.

48. Clark, D. M (2000). Cognitive behavior therapy for obsessions compulsions: New applications and emerging trends. Journal of contenpoarty Psychotherapy. 30, 129-147.

49. Pin, D. S, & McClure, E. B. (2005). Anxiety Disorder :clinical feature. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Ed). Comprehensive Text book of Psychiatry (pp. 1768-1780). Philadelphia, Lippincott Williams, Welkins.

50. Veal, D., & Willson, R. (2005). Overcoming obsessive-compulsive disorder. a self-help guide using cognitive behavior techniques. ISBN :964-6389-38-4.

۵۱. گلدنر، مایکل گراهام، مایو، ریچارد، کاوئن، فیلیپ. (۱۳۸۲). درسنامه مختصر روانپزشکی آکسفورد، ترجمه نصرت الله پورافکاری. تهران: انتشارات شهرآب. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی ۲۰۰۱).

۵۲. حسنعلی زاده، م. (۱۳۸۸). مقایسه اثربخشی دو روش درمانی فراشناختی و دارویی در کاهش نشانه های بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل.

۵۳. هاوتن، کرک، سالکوسکیس و کلارک (۱۹۸۹). رفتار درمانی شناختی. جلد ۱ و ۲. ترجمه قاسم زاده، ح. (۱۳۸۲). تهران: انتشارات ارجمند.

54. Rector, N., & Purdon, J. S (2004, November). Treating OCD patients who have comorbid depression. Workshop presented at the 38th Annual Meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, New Orleans, LA.

55. Rector, N.A., & Beck, A.T. (2001) Cognitive therapy for schizophrenia: An empirical review. Journal of Nervous and Mental Disease, 189, 278-287.

56. OConner. K, Aardema, F, & Pehssier, MC. (2004). Beyond resonoble, Processes in obsessive-compulsive disorder and related disorders (pp. 1-16). Chichester. West Sussex, England, Hobokea, N. J. John K. Wily & Sons. Ltd.

57. Clark, D. A. (2004). Cognitive-behavioral therapy for OCD. New York: Guilford Press.

۵۸. قاسم زاده، ح. و توکلی، س. (۱۳۸۵). نظریه و درمان های شناختی - رفتاری وسواس. فصلنامه تازه های علوم شناختی. سال هشتم، شماره ۲۹. صفحه ۵۴.

59. Piacentini, J, & Langley, A. K (2004). Cognitive-behavior therapy for children who have obsessive-compulsive disorder :journal of clinical psychology. 60. 1181-1194

60. Clark, D. M., & Purdon, C. (2004). cognitive theory and therapy of obsessions compulsions. In. M. A. Reinecke, & D. A. Clark, Cognitive therapy across the lifespan :Evidence and practice (pp. 90-116).
61. Rachman, S., & de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. Behaviour Research and therapy, 16, 233-248.
62. Salkovskis, P. M., & Harrison, J. (1984). Abnormal and normal obsessions :A replication. Behaviour Research and Therapy, 22, 549-552.
63. McFall, M., & Wollersheim, J. (1979). Obsessive-compulsive neurosis: A cognitive behavioural formulation and approach to treatment. Cognitive Therapy and Research, 3, 333-348.
64. Salkovskis, P. M. And Warwick, H. M. C. (1985). Cognitive therapy of obsessive-compulsive disorder-treating treatment failures. Behavioral psychotherapy, 13, 55-243.
65. Salkovskis, P. M. For rester, E., & Richards, H. C. (1989). The Cognitive behavioral approach to understanding obsessional thinking. British Jornal of Psychiatry, 173, 53-63.
66. Wegner, D. M., Zanakos, S. (1994). Chornic thought supression. Jornal of Personality. 62, 615-640.
67. Salkovskis, P. M., Wroe, A. L., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., Et al. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of in Obsessivecompulsive disorder, Behavioral Research and Therapy, 38, 347-372.
68. Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. Behaviour Research and therapy, 35, 793-802
69. Ehlers, A. (1993). Somatic symptom and panic attacks :a retrospective study of learning experience. Behaviour Research and Therapy, 31, 269-278.

70. Freeston, M. N., Ladouceur, R., Thibodeau, N., & Gagnon, F. (1993). Cognitive intrusions in a non-clinical population. II. Associations with depressive, anxious, and compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 263-271.
71. Rachman, S., Shafran, R., Mitchell, D., Trant, J., & Teachman, B. (1996). How to remain neutral: An experimental analysis of neutralization. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 889-898.
72. Lopatka, C., & Rachman, S. (1995). Perceived responsibility and compulsive checking: an experimental analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 673-684.
73. Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 149-154.
74. Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.
75. Van Oppen, P., Arntz, A. (1994). Cognitive therapy for Obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 79-87.
76. Riccardi, J. N. & McNally, R. J. (1995). Depressed mood is not related to obsession, but to compulsion. *Obsessional-compulsive disorder. Journal of Anxiety Disorder*, 34, 889-898.
77. Wells, A. And Mathews, G. (1994). *Attention and Emotion*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates.
78. Clark, D. A., Purdon, C., & Byers, S. (1999). Appraisal and control of sexual and non-sexual intrusive thoughts in university students. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 439-455.
79. Wells, A. (1997). Relationship between worry, obsessive - compulsive symptoms and Meta cognitive beliefs. *Behaviour Research and Therapy*. 36(9). 899-913.

80. Gwilliam, R, Wells, A, & Cartwright-Hatton, S (2004). Does meta cognition or responsibility predict obsessive compulsive symptoms: A test of the meta-cognitive model. *Clinical Psychology and psychotherapy*. 11, 137-144.
81. Wells, A. (2000). *Emotional disorder and metacognition: Innovative cognitive therapy*. New York :John Wiley& Sons Ltd.
82. Walker, C. E: Hedberg, A. (1991). Elment, P: and Wright, L. *Clinical Procedures for Behavior Therapy*. New York: Prentice-Hall.
83. Beck, A.T.(1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
84. Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.
85. Salkovskis, P. M. (1997). Cognitive-behavior approaches to the understanding of obsessional problems. In R. M. Rapee (Ed). *Curent controversies in thean anxiety disorders*. New York :Guilfor d Press.
86. Greggers, U., Bogusch, L. Hussaini, SA., Schubert, M., and Menzel, R., Berlin. (1997). sleep in honeybees: searching for the role of leep in memory consolidation.
87. Montgomery, S.A., Fineberg. N.A, Montgomery, D. (1980). Biological treatments in obsessive-compulsive disorder. *Encephale*. Jul-Aug; 16 Spec No: 335-339.
88. Zohar, Ah, (1990). The epidmiology of obsessive-compulsive disorder in children and adolesc *PsychiartClin Nam*, 8: 445-466.
89. McDougle, CJ., Potenza, MN., Wasylink, S., Longhurst, JG., Epperson, CN. (1998). Olanzapine augmentation of fluoxetine in the treatment of refractory obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychopharmacol*; 18, 423-4.

90. Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.

۹۱. شاملو، سعید (۱۳۷۸) بهداشت روانی، تهران: انتشارات رشد.

۹۲. راس، الن ا (۱۳۸۲). روان شناسی شخصیت (نظریه ها و فرایندها). ترجمه سیاوش جمالفر. تهران: موسسه نشر روان.

۹۳. سیاسی، علی اکبر (۱۳۷۴)، روان شناسی شخصیت، تهران: انتشارات سینا.

۹۴. کریمی، یوسف (۱۳۷۶). روان شناسی شخصیت. تهران: موسسه نشر ویرایش

۹۵. اسمعیلی کورانه، احمد (۱۳۸۴) مقایسه ویژگیهای شخصیتی و سبک های مقابله ای مجرمین و افراد بهنجار. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه تبریز.

۹۶. پروین، جان (۱۳۸۱). شخصیت: نظریه و پژوهش، محمد جواد جعفری و پروین کدیور (مترجمان)، تهران: انتشارات امیر کبیر.

۹۷. کی نیا، مهدی (۱۳۷۶) روان شناسی جنایی، جلد اول. تهران: انتشارات رشد.

۹۸. ستوده، هدایت الله؛ میرزایی، بهشته؛ پازند، افسانه (۱۳۸۱) روان شناسی جنایی، تهران، انتشارات آوای نور.

99. Eysenk, M.W., Tallis, F. (1997). A questionnaire for the measurement of non- pathological worry. *Personality and Individual Differences*, 13 , 161-680.

100. MATHEWS, A., & MACKINTOSH, B. (1998) A cognitive model of selective processing in anxiety, *Cognitive Therapy and Research*, 22(6), 539-560.

101. Digman, J. M. (1990). Personality structure: Emergence of the five-factor model. *Annual Review of Psychology*, 41, 417-440

۱۰۲. ایرانی، سید سجاد (۱۳۸۳)، مقایسه صفات شخصیتی، اختلالات شخصیت و راهبردهای مقابله ای بیماران با اختلال وابستگی به مواد و گروه بهنجار، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تبریز.

103. Freud, S. (1936) The Problem of Anxiety, New York: Norton, first published in 1923 in German

۱۰۴. روزنهان، دیوید، سلیگمن، مارتین ای. پی. (۱۳۸۲). روانشناسی نابهنجاری آسیب شناسی روانی. ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: نشر ساوالان.

۱۰۵. روان شناسی روابط انسانی (مهارت های مردمی): چگونه ابراز وجود کنید / نوشته رابرت بولتون؛ ترجمه حمیدرضا سهرابی - تهران: رشد، ۱۳۸۶

۱۰۶. مهارتهای اجتماعی در ارتباطات بین فردی/ نوشته اون هارجی ، کریستین ساندروز و دیوید دیکسون / مترجمان؛ خشایار بیگی و مهرداد فیروزبخت، تهران، ۱۳۸۶

107. Seligman, M. E.P. (1975). Helplessness: On depression, development, and death. San Fransisco: Freeman.

108. Brown,G.W., & Harris, T. (1978). Social origins of depression. London:Tavistock.

۱۰۹. دادستان، پریخ. (۱۳۸۰). روانشناسی مرضی تحولی از کودکی تا بزرگسالی. چاپ چهارم، تهران: انتشارات سمت.

110. Bagby, R. M., Bindseil, K. D., Schuller, D. R., Rector, N. A., Young, L. T., & Cooke, R. G. (1997). Relationship between the five-factor model of personality and unipolar, bipolar, and schizophrenic patients. *Psychiatry Research*, 70, 83-94.

111. Woody . S. R., Stekett. G. (1994), The usefulness of the obsessive compulsive scale of the symptom checklist-90-revised. *Journal of behavior research therapy*, 33 (5), 607-611.

112. Kaplan. C. P., Miner. M. E. (1998). Does the SCL 90-R obsessive-compulsive dimension identify cognitive impairments. *Journal of Head Trauma Rehabil*, 13 (3), 94-101.

113. HARKNESS, R., KATE L. MICHAEL BAGBY., RUSSELL T. JOFFE and ANTHONY LEVITT. (2002) *European Journal of Personality*. 16: 271-281.

114. Mataix-cols, D., Rosario-Campos, M.C., & Leckman, J.F. (2005). A multidimensional model of obsessive- compulsive disorder. *American Jornal of Psychiatry*, 162, 228-238.

۱۱۵. قلعه ایها ، علی؛ فرهادی نسب، عبدالله؛ ضرابیان، محمد کاظم؛ متین نیا، نسرين. (۱۳۸۷) بررسی مقایسه ای اختلالات روانی و ویژگیهای شخصیتی در افراد وابسته و غیر وابسته به مواد شهر همدان، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان دوره پانزدهم ، شماره ۲ ، شماره مسلسل. ۴۸

۱۱۶. مهربانی زاده هنرمند، مهناز؛ داودی، ایران؛ شکرکن، حسین؛ نجاریان، بهمن. (۱۳۸۳)، نقش عوامل شناختی، شخصیتی، سابقه خانوادگی و فشار روانی در پیش بینی اختلال وسواس ی اجباری، مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، دوره سوم، سال چهاردهم، شماره های ۱ و ۲ ص ۲۷-۵۶

۱۱۷. شعبانی امیر؛ شریفی ونداد؛ علاقه‌بن‌دراد جواد؛ شهریور زهرا؛ امینی همایون، کاویانی حسین؛ حکیم شوشتری میترا؛ شیرازی الهام؛ داوری آشتیانی رزیتا؛ عرب گل فریبا. (۱۳۸۵) آیا همراهی اختلال وسواسی - اجباری با اختلال دوقطبی نوع یک کمتر از اختلال افسردگی اساسی است؟ مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)؛ ۱۲(۲) (پیاپی ۴۵): ۱۱۷-۱۲۳.

۱۱۸. دلاور، علی (۱۳۸۴). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. تهران: انتشارات رشد.

119. Fagan, p. J., Wise, T. N., Schmidt, C. W., Ponticas, Y., Marshall, R. D & Costa, P. T., Jr. (1990). A comparison of five – factor personality dimensions in males with sexual dysfunction and males with paraphilia. *Journal of personality Assessment*, 57 : 434-448.

120. Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1998). Six approaches to the explication of facet-level traits: Examples from conscientiousness. *European Journal of Personality*, 12, 117–134.

121. Derogatis, R., Rickels, K. & Rock, A. (1979). The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *British Journal of Psychiatry*, 29, 128-280.

۱۲۲. پولادی ری شهری، اله کرم. (۱۳۷۴) بررسی رابطه عوامل فشارزای روانی دانشجویان دختر و پسر دانشگاه شهید چمران اهواز با عملکرد تحصیلی آنان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید چمران.

۱۲۳. ابوالقاسمی، عباس؛ نریمانی، محمد (۱۳۸۵)، آزمونهای روان شناختی. اردبیل: باغ رضوان.

124. Ruiz JM, Smith TW, Rhodewalt F. (2001), Psychiatric symptoms, Distinguishing narcissism and hostility: Similarities and differences in interpersonal circumflex and five factor correlates. *J Pers Assess.*;76:537-55.

125. Costa PT, McCrae RR. Domains and facets: Hierarchical personality assessment using the revised NEO personality inventory. *J Pers Assess.* 1995;64:21-50.

126. Paunonen SV, Ashton MC. Big five factors and facets and the prediction of behavior. *J Pers Soc Psychol.*2001;3:524-39.

127. Clark, L. A., Watson, D., & Reynolds, S. (1995). Diagnosis and classification of psychopathology: Challenges to the current system and future directions. *Annual Review of Psychology*, 46, 121-153

128. Maser, J. D., & Cloninger, C. R. (1990). Comorbidity of anxiety and mood disorder: Introduction and overview. In J. D. Master & C. R. Cloninger (Eds.), *Comorbidity of mood and anxiety disorders* (pp. 3-12). Washington, DC: American psychiatric press.

129. Antony, M. M., Downie, F., & Swinson, R. P. (1998a). Diagnostic issues and epidemiology in obsessive compulsive disorder. In R. P. Swinson, M. M. Antony, S. Rachman & M. Richter (Eds.), *Obsessive compulsive disorder: Theory, research and treatment* (pp. 3-32). New York: Guilford Press

130. Yaryura-Tobias, J. A., Grunes, M. S., Walz, J., & Neziroglu, F. (2000). Parental obsessive-compulsive disorder as a prognostic factor in a year long fluvoxamine treatment in childhood and adolescent obsessive-compulsive disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, 15, 163-168.

131. Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV

anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 585-599.

132. Crino, R. D., & Andrews, G. (1996). Obsessive-compulsive disorder and axis I comorbidity. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 37-46.

133. Humaida, M. A., Ismail, I. A., Abd-Alfattah, M., & Eisa, A. A. (2004). Prevalence rates of obsessive compulsive symptoms, obsessive-compulsive disorder, and psychiatric comorbidity among secondary-school students in rural Rgypt. *International Journal of Mental Health & Addiction*, 7, 61-65.

134. Shafran, R., & Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 21, 879-906.

135. Last, C. G., & Strauss, C. C. (1989). Obsessive compulsive disorder in childhood. *Journal of Anxiety Disorders*, 3, 295-302.

136. Tukul, R., Polat, A., Ozdemir, O., Aksut, D., & Turksoy, N. (2002). Comorbid conditions in obsessive compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 43(3), 204-209.

137. Tallis, F. (1994). Obsessions, responsibility, and guilt: Two case reports suggesting a common and specific aetiology. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 143-145

ضمایم

پرسشنامه SCL-90-R

آزمودنی گرامی: ضمن تشکر از همکاری صادقانه و صمیمانه شما در پاسخگویی به پرسشنامه حاضر لطفاً پرسش های زیر را براساس درجه بندی: هیچ، کمی، تاحدی، زیاد، به شدت روی برگه پاسخنامه با علامت ضربدر مشخص نمایید. این پرسش ها را با توجه به وضعیت یک هفته گذشته خود پاسخ دهید.

| | |
|-----|---|
| ۱. | از هفته گذشته تا امروز چند مورد سر درد داشته ام. |
| ۲. | بی جهت دلشوره دارم و توی دلم می لرزد. |
| ۳. | فکریایی که دوست ندارم، مرتب وارد سرم می شوند و ولم نمی کنند. |
| ۴. | ضعف می کنم و سرم گیج می رود. |
| ۵. | در هفته گذشته نسبت به رابطه زناشویی بی علاقه بوده ام. |
| ۶. | دلم می خواهد از دیگران ایراد بگیرم. |
| ۷. | حس می کنم که اختیار فکرایم در دست دیگران است. |
| ۸. | فکر می کنم بخاطر بیشتر گرفتاری هایم باید دیگران را سرزنش کرد. |
| ۹. | فراموشکار شده ام. |
| ۱۰. | از ریخت و پاش اطراف و سرسری گرفتن ناراحت می شوم. |
| ۱۱. | زود دلخور و عصبانی می شوم. |
| ۱۲. | در یک هفته گذشته تا امروز در ناحیه قلب و سینه احساس درد داشته ام. |
| ۱۳. | از رفتن به جاهای وسیع و کوچه و بازار می ترسم. |
| ۱۴. | دیگر قوه و بنیه سابق را ندارم و ضعیف شده ام. |
| ۱۵. | فکر خاتمه دادن به زندگی به ذهنم آمده است. |
| ۱۶. | صداهایی به گوشم می آید که دیگران آنها را نمی شنوند. |
| ۱۷. | بدنم لرزش دارد. |
| ۱۸. | فکر می کنم بیشتر مردم قابل اعتماد نیستند. |
| ۱۹. | بی اشتها شده ام. |
| ۲۰. | زود به گریه می افتم. |
| ۲۱. | در برابر زن ها (مردها) احساس خجالت یا ناراحتی می کنم. |
| ۲۲. | احساس می کنم طوری گیر افتاده ام که نه راه پس دارم و نه راه پیش. |
| ۲۳. | ناگهان و بدون علت می ترسم. |
| ۲۴. | ناگهان آنچنان از کوره در می روم که نمی توانم جلوی خودم را بگیرم. |
| ۲۵. | می ترسم که تنها از خانه بیرون روم. |
| ۲۶. | برای هر چیزی خودم را سرزنش می کنم. |
| ۲۷. | کمر دردهایی دارم. |
| ۲۸. | احساس می کنم که کارهایم پیشرفت نمی کند، انگار گرهی در کارهایم افتاده است. |
| ۲۹. | احساس تنهایی می کنم. |
| ۳۰. | احساس غمگینی می کنم. |
| ۳۱. | با هر چیز جزئی خیلی نگران می شوم. |
| ۳۲. | نسبت به هر چیز بی علاقه شده ام. |
| ۳۳. | مرتب احساس ترس می کنم. |

| | |
|-----|--|
| ۳۴. | حساس و زودرنج هستم. |
| ۳۵. | دیگران بدون اینکه به آنها حرفی بزنم از فکرهايم باخبر می شوند. |
| ۳۶. | فکر می کنم دیگران حرف مرا نمی فهمند یا درد مرا حس نمی کنند. |
| ۳۷. | فکر می کنم رفتار مردم با من دوستانه نیست. |
| ۳۸. | برای اینکه کارها را درست انجام بدهم مجبورم خیلی کند کار کنم. |
| ۲. | قلبم تند می زند. |
| ۴۰. | حالت تهوع و دل بهم خوردگی دارم. |
| ۴۱. | احساس می کنم از همه کسانی که مثل من هستند، کمتر هستم. |
| ۴۲. | در عضلاتم احساس کوفتگی می کنم. |
| ۴۳. | احساس می کنم که دیگران مرا زیر نظر دارند و یا درباره من حرف می زنند. |
| ۴۴. | دیر خوابم می برد. |
| ۴۵. | وقتی کاری را انجام می دهم، مجبورم چند بار تکرار کنم تا مطمئن شوم که درست انجام داده ام. برای مثال چند بار در را امتحان می کنم تا مطمئن شوم بسته است. |
| ۴۶. | تصمیم گیری برایم مشکل است. |
| ۴۷. | از مسافرت با اتوبوس، قطار یا هر وسیله نقلیه عمومی دیگر می ترسم. |
| ۴۸. | نفسم تنگ می شود. |
| ۴۹. | ناگهان احساس می کنم که یخ کرده ام. |
| ۵۰. | مجبورم بعضی از کارها را نکنم، بعضی جاها نروم یا دست به بعضی چیزها نزنم، برای اینکه از آنها می ترسم. |
| ۵۱. | حس می کنم که گاهی سرم از فکر خالی می شود. |
| ۵۲. | قسمت هایی از بدنم خواب می رود یا گزگز می کند و سوزن سوزن می شود. |
| ۵۳. | گاهی احساس می کنم چیزی در گلویم گیر کرده است. |
| ۵۴. | نسبت به آینده ناامیدم. |
| ۵۵. | وقتی کاری را انجام می دهم، برایم مشکل است که تمام حواسم را روی آن جمع کنم. |
| ۵۶. | در بعضی از قسمت های بدنم احساس ضعف می کنم. |
| ۵۷. | عصبی و کم تحمل هستم و زود از کوره در می روم. |
| ۵۸. | در دست ها یا پاهايم احساس سنگینی می کنم. |
| ۵۹. | به مرگ و مردن زیاد فکر می کنم. |
| ۶۰. | پرخوری می کنم. |
| ۶۱. | وقتی نگاه دیگران به من است و یا در حضورم درباره من حرف می زنند، ناراحت می شوم. |
| ۶۲. | فکרהایی به سرم می آید که مال خودم نیست. |
| ۶۳. | حس می کنم میل شدیدی به کتک زدن و آسیب رساندن به دیگران را دارم. |
| ۶۴. | صبح ها زودتر از موقع بیدار می شوم. |
| ۶۵. | خود را مجبور به تکرار بعضی از کارها مانند شستن، شمردن و دست زدن به چیزها می بینم. |
| ۶۶. | توی خواب ناراحتم. |
| ۶۷. | گاهی حس می کنم که دلم می خواهد چیزی را پرت کنم، خرد کنم و بشکنم. |
| ۶۸. | فکرها و عقیده هایی دارم که دیگران آنها را قبول ندارند. |
| ۶۹. | وقتی با دیگران هستم زیاده از حد مواظب افکار و رفتارم هستم که مبدا کاری کنم که آبرویم برود. |
| ۷۰. | وقتی در جمع هستم، احساس ناراحتی و غریبی می کنم، انگار با آنها فرق دارم یا از آنها خجالت می کشم. |

| | |
|-----|---|
| ۷۱. | انجام دادن هر کاری بنظرم پر زحمت می آید. |
| ۷۲. | ناگهان هول می کنم و وحشت زده می شوم. |
| ۷۳. | از اینکه در بین جمع چیزی بخورم یا بنوشم ناراحت و دست پاچه می شوم. |
| ۷۴. | با دیگران زیاد درگیر می شوم و جر و بحث می کنم. |
| ۷۵. | وقتی تنها هستم مضطرب می شوم و می ترسم. |
| ۷۶. | دیگران قدر و قیمت کارهای مرا نمی دانند. |
| ۷۷. | در میان جمع هم خودم را تنها حس می کنم. |
| ۷۸. | طوری بی قرار و ناآرام می شوم که نمی توانم یکجا بند شوم. |
| ۷۹. | فکر می کنم آدم به درد نخور و بی ارزشی شده ام. |
| ۸۰. | احساس می کنم که اتفاق بدی برایم خواهد افتاد. |
| ۸۱. | زود داد و فریاد راه می اندازم و جیزها را پرت می کنم. |
| ۸۲. | می ترسم مبدا در انتظار عموم غش کنم و از حال بروم. |
| ۸۳. | حس می کنم اگر به دیگران زیاد رو بدهم سوام می شوند. |
| ۸۴. | فکر می کنم خیالاتی شده ام. |
| ۸۵. | فکر می کنم آنقدر گناهکارم که باید عقوبت بکشم. |
| ۸۶. | فکرها و شکل های خیالی ترسناک به ذهنم می رسد. |
| ۸۷. | خیال می کنم عیب و نقص یا اختلال عمده ای در بدنم پیدا شده است. |
| ۸۸. | با هر کسی احساس صمیمیت می کنم. |
| ۸۹. | بیشتر اوقات احساس تقصیر و گناه می کنم. |
| ۹۰. | در مورد امور جنسی فکرهای ناراحت کننده ای دارم. |

پاسخنامه تست SCL 90-R

| | | | | | | | | | | | |
|----|-----|-----|--------|------|--------|----|-----|-----|--------|------|--------|
| ۱ | هیچ | کمی | ناحدهی | زیاد | به شدت | ۶۱ | هیچ | کمی | ناحدهی | زیاد | به شدت |
| ۲ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ۶۲ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ۳ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ۶۳ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ۴ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ۶۴ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ۵ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ۶۵ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ۶ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ۶۶ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ۷ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ۶۷ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ۸ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ۶۸ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ۹ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ۶۹ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ۱۰ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ۷۰ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ۱۱ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ۷۱ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ۱۲ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ۷۲ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ۱۳ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ۷۳ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ۱۴ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ۷۴ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ۱۵ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ۷۵ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ۱۶ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ۷۶ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ۱۷ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ۷۷ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ۱۸ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ۷۸ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ۱۹ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ۷۹ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ۲۰ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ۸۰ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ۲۱ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ۸۱ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ۲۲ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ۸۲ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ۲۳ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ۸۳ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ۲۴ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ۸۴ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ۲۵ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ۸۵ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ۲۶ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ۸۶ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ۲۷ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ۸۷ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ۲۸ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ۸۸ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ۲۹ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ۸۹ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ۳۰ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ۹۰ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

ॐ

سید

- ۱- من از به کار بردن تلفن های عمومی به خاطر آلودگی احتمالی آنها خودداری می کنم.
- ۲- من غالباً دچار فکری زشتی می شوم و نمی توانم آنها را از سرم بیرون کنم.
- ۳- من بیش از اکثر مردم به درستی و صداقت اهمیت می دهم.
- ۴- من غالباً با تأخیر به به سر کار یا خانه می رسم چون به نظر می رسد نمی توانم به موقع کارهایم را تمام کنم.
- ۵- من اگر با جانوری تماس بدنی پیدا کنم زیاده از حد از فکر آلودگی ناراحت نمی شوم.
- ۶- من غالباً مجبورم چیزهایی از قبیل اجاق گاز، شیر آب، قفل در و غیره را چندین بار بررسی کنم.
- ۷- من وجدان بسیار سخت گیری دارم.
- ۸- من تقریباً هر روز بخاطر فکری نامطوبعی که علیرغم میل من به ذهنم وارد می شود، دچار ناراحتی می شوم.
- ۹- من اگر تصادفاً به کسی تنه بزنم زیاده از حد ناراحت نمی شوم.
- ۱۱- من معمولاً در باره انجام کارهای روزمره ساده شدیداً دچار شک و تردید می شوم.
- ۱۱- وقتی من بچه بودم هیچ کدام از والدین من زیاد سخت گیری نمی کردند.
- ۱۲- من معمولاً به دلیل تکرار زیاد کارها، از دیگران عقب می افتم.
- ۱۳- من از صابون فقط به اندازه معمولی و مورد نیاز استفاده می کنم.
- ۱۴- به نظر من بعضی از اعداد بی اندازه بد شانس می آورند.
- ۱۵- من قبل از انداختن نامه در صندوق پست، آن را زیاد بازرسی می کنم.
- ۱۶- لباس پوشیدن من در صبح وقت زیادی نمی گیرد.
- ۱۷- من به تمیزی و نظافت بیش از حد اهمیت نمی دهم.
- ۱۸- یکی از مشکلات عمده من این است که بیش از آنچه باید به جزئیات کارها توجه می کنم.
- ۱۹- من از توالت های عمومی که تمیز باشند بدون تأمل و ناراحتی می توانم استفاده کنم.
- ۲۰- مشکل عمده من بررسی مکرر همه چیز و همه کار است.
- ۲۱- من بیش از اندازه عادی از بابت تماس با میکروب و بیماری نگران و ناراحت نیستم.
- ۲۲- من معمولاً هر چیزی را بیش از یک بار بررسی نمی کنم.
- ۲۳- من در مواقع انجام کارهای روزمره از روش یا نظم بسیار دقیق پیروی نمی کنم.
- ۲۴- من پس از دست زدن به پول احساس نمی کنم دستهایم کثیف شده اند.
- ۲۵- من معمولاً در هنگام انجام کارهای معمولی و تکراری اعداد را نمی شمارم.
- ۲۶- من برای شستشوی دست و صورت خود در صبح تقریباً وقت زیادی مصرف می کنم.
- ۲۷- من زیاد از مواد ضد عفونی یا میکروب کشی استفاده نمی کنم.
- ۲۸- من هر روز مقدار زیادی از وقت خود را صرف بازرسی کارها و اشیاء می کنم.
- ۲۹- تا کردن یا آویختن لباس های من به هنگام شب، وقت زیادی نمی گیرد.
- ۳۰- من غالباً اگر هم کاری را خیلی به دقت انجام داده باشم، احساس نمی کنم که آنرا کاملاً به خوبی انجام داده ام.

پرسشنامه شخصیت NEO - PI - R

دانشگاه تبریز - گروه روانشناسی

- ۱- من آدم نگرانی نیستم .
- ۲- من بیشتر افرادی را که می شناسم ، واقعاً دوست دارم .
- ۳- من قدرت تخیل و تصور خیلی زنده و فعالی دارم .
- ۴- من معمولاً در مورد قصد و نیت دیگران بدبین و بدگمان هستم .
- ۵- من به محتاط بودن و داشتن عقل سلیم مشهورم .
- ۶- من اغلب از نحوه برخورد دیگران با خودم عصبانی می شوم .
- ۷- من معمولاً از جمعیت های بزرگ و شلوغ دوری و پرهیز می کنم .
- ۸- مسائل و مطالب مربوط به هنر و زیبایی شناسی برای من چندان اهمیت ندارند .
- ۹- من آدم حيله گر و مکاری نیستم .
- ۱۰- من ترجیح می دهم که با ذهن باز به استقبال اتفاقات آینده بروم تا اینکه برای هر کاری طرح و نقشه قبلی داشته باشم .
- ۱۱- من به ندرت احساس تنهایی و غمگینی می کنم .
- ۱۲- من آدمی مسلط ، قوی و قاطع هستم .
- ۱۳- بدون هیجانات قوی ، زندگی برای من چیز جالبی نخواهد بود .
- ۱۴- بعضی از مردم مرا آدمی خودخواه و خود محور می دانند .
- ۱۵- من سعی می کنم تا وظایف محوله به خود را با صداقت و درستی انجام دهم .
- ۱۶- من در معامله با مردم همیشه از این می ترسم که نکند مرتکب اشتباه بزرگی شوم .
- ۱۷- من در موقع کار یا تفریح عجله و شتاب به خرج نمی دهم .
- ۱۸- من در کارهای خود از روش نسبتاً ثابت و جا افتاده ای پیروی می کنم .
- ۱۹- من ترجیح می دهم با دیگران همکاری کنم تا اینکه با آنها به رقابت بپردازم .
- ۲۰- من آدم راحت طلب و تنبلی هستم .
- ۲۱- من به ندرت در کاری زیاده روی می کنم .
- ۲۲- من اغلب تشنه هیجان و تحریک هستم .
- ۲۳- من اغلب از بازی کردن با نظریه ها و افکار انتزاعی لذت می برم .
- ۲۴- من از لاف زدن درباره استعدادها و موفقیت های خودم بدم نمی آید .
- ۲۵- من بخوبی می توانم وقت و فعالیت خود را طوری تنظیم کنم که کارهای محوله به موقع تمام شود .

- ۲۶- من اغلب احساس درماندگی و ناتوانی می کنم و میل دارم شخص دیگری مسائل را حل کند.
- ۲۷- من هرگز آنقدر احساس خوشحالی نکرده ام که به اصطلاح از خوشی به هوا بپریم .
- ۲۸- من معتقدم اگر به دانشجویان اجازه داده شود تا به سخنرانی بحث انگیز و متناقض گوش دهند ، فقط باعث سردرگمی و انحراف بیشتر آنها خواهد شد .
- ۲۹- رهبران سیاسی باید درباره جنبه های انسانی برنامه های خود آگاهی بیشتری داشته باشند .
- ۳۰- در طی سالها ، من بعضی کارهای کاملاً بی ربط انجام داده ام .
- ۳۱- من به آسانی دچار ترس می شوم .
- ۳۲- من از صحبت کردن با دیگران چندان لذت نمی برم .
- ۳۳- من سعی می کنم همه افکارم را در راستای واقعیتها هدایت کرده و از پناه بردن به عالم رویا و تخیل خودداری نمایم
- ۳۴- من معتقدم که اکثر مردم اساساً دارای قصد و نیت خوب و دوستانه ای هستند .
- ۳۵- من مسئولیتهای اجتماعی از قبیل رای دادن را خیلی جدی نمی گیرم .
- ۳۶- خلق و روحیه من بیشتر وقتها ثابت بوده و زیاد بالا و پایین نمی رود .
- ۳۷- من دوست دارم همیشه افراد زیادی دور و برم باشند .
- ۳۸- من بعضی مواقع کاملاً در موسیقی که گوش می دهم غرق می شوم .
- ۳۹- اگر نیاز باشد من حاضر از افراد دیگر برای رسیدن به مقاصد خود سوء استفاده کنم .
- ۴۰- من اشیاء متعلق به خود را تمیز و پاکیزه نگه می دارم .
- ۴۱- من بعضی وقتها کاملاً احساس بی ارزشی می کنم .
- ۴۲- من گاهی نمی توانم آنطور که باید از خود قاطعیت نشان دهم .
- ۴۳- من به ندرت دچار احساسات و عواطف قوی می گردم .
- ۴۴- من سعی می کنم با همه افرادی که ملاقات می کنم ، رفتاری مودب و با نزاکت داشته
- ۴۵- گهگاهی من آنطور که باید ، صادق و قابل اعتماد نیستم .
- ۴۶- من وقتی با افراد دیگر هستم بندرت احساس خجالت می کنم .
- ۴۷- من وقتی کاری را انجام می دهم ، آن را با تمام علاقه و سرعت انجام می دهم .
- ۴۸- من فکر می کنم یاد گرفتن و تمرین سرگرمیها و کارهای ذوقی جدید جالب است .
- ۴۹- در مواردی که لازم باشد ، من می توانم از دیگران ایراد گرفته و به آنها کنایه بزنم .
- ۵۰- من دارای اهداف روشن و مشخصی هستم و برای دستیابی به آنها طبق برنامه منظمی عمل می کنم .
- ۵۱- مقاومت در برابر خواستهها و هوسهای آنی برای من آسان نیست .
- ۵۲- من از گذراندن تعطیلات خود در جاهای شلوغ و پرهیجان لذت نمی برم .
- ۵۳- من بحث و استدلال درباره مطالب فلسفی را کاری بیفایده و کسل کننده می دانم .
- ۵۴- من ترجیح می دهم که در مورد خودم و موفقیتهایم حرفی نزنم .
- ۵۵- من قبل از شروع به هر کاری ، مقدار زیادی وقت تلف می کنم .
- ۵۶- احساس می کنم قادر هستم با بسیاری از مشکلات خود کنار بیایم .
- ۵۷- من بعضی وقتها حالات شادی یا نشاط بسیار شدیدی را تجربه (احساس) کرده ام .

- ۵۸- من معتقدم که قوانین و سیاستهای اجتماعی ، باید تغییر کنند تا نیازهای یک دنیای در حال تغییر و تحول را به خوبی منعکس سازند .
- ۵۹- من از لحاظ نگرشهای اجتماعی ، آدمی سختگیر و بی گذشت هستم .
- ۶۰- من قبل از اینکه تصمیمی بگیرم ، در مورد جوانب مختلف مساله به دقت فکر می کنم .
- ۶۱- من به ندرت احساس ترس و اضطراب می کنم .
- ۶۲- من به عنوان فردی خونگرم و خوشرو معروف هستم .
- ۶۳- من زندگی تخیلی بسیار فعالی دارم .
- ۶۴- من عقیده دارم که اکثر مردم ، اگر به آنها اجازه داده شود ، از آدم سوء استفاده خواهند کرد .
- ۶۵- من خود را درباره حوادث جاری مطلع نگه داشته و معمولاً تصمیمات عاقلانه ای اتخاذ می کنم .
- ۶۶- من به عنوان فردی جوشی و عصبی معروف هستم .
- ۶۷- من معمولاً ترجیح می دهم کارها را به تنهایی انجام دهم .
- ۶۸- تماشای صحنه های رقص باله یا رقصهای جدید ، مرا خسته و کسل می کند .
- ۶۹- من حتی اگر بخواهم نمی توانم کسی را گول بزنم .
- ۷۰- من آدم بسیار منظم و با برنامه ای نیستم .
- ۷۱- من به ندرت افسرده و یا غمگین می شوم .
- ۷۲- من غالباً در گروههایی که عضو بوده ام ، سمت رهبری را بر عهده داشته ام .
- ۷۳- احساس و عاطفه ای که اشیاء مختلف در من ایجاد می کنند برایم مهم است .
- ۷۴- بعضی افراد فکر می کنند که من فردی فاقد احساسات و حسابگر هستم .
- ۷۵- من بدهی های خود را به موقع و بطور کامل می پردازم .
- ۷۶- بعضی وقتها من طوری احساس خجالت کرده ام که دلم می خواست خود را از دیگران مخفی کنم .
- ۷۷- کار من ممکن است کند باشد ولی باثبات و یکنواخت است .
- ۷۸- وقتی که روش صحیح انجام کاری را یافته ام ، به همان روش می چسبم و ادامه می دهم .
- ۷۹- من در نشان دادن خشم و عصبانیت ، درنگ و تامل می کنم ، حتی اگر احساس کنم حق با من است .
- ۸۰- هرگاه برنامه ای را برای اصلاح پاره ای از رفتارهای خود شروع می کنم ، معمولاً بعد از چند روز آن را کنار می گذارم .
- ۸۱- مقاومت در برابر وسوسه ها و خواهشهای نفسانی برای من مشکل نیست .
- ۸۲- من بعضی وقتها کارهایی انجام داده ام که هدف آنها فقط هیجان و لذت بردن بوده است .
- ۸۳- من از حل مساله های مشکل یا معما لذت می برم .
- ۸۴- من از بیشتر مردم بهتر هستم و این را می دانم .
- ۸۵- من آدم سازنده و مولدی هستم که همیشه مسئولیت های خود را به انجام می رسانم .
- ۸۶- وقتی که تحت فشار و استرس زیادی هستم ، بعضی مواقع احساس می کنم که دارم از هم می پاشم .
- ۸۷- من آدم خوشحال و امیدواری نیستم .
- ۸۸- من معتقدم که برای اخذ تصمیم درباره موضوعات اخلاقی ما باید از رهبران مذهبی خود کسب تکلیف و تقلید کنیم .
- ۸۹- هر چه در مورد افراد فقیر و سالمند انجام دهیم ، باز هم کم است .

- ۹۰- گهگاهی من اول عمل می کنم و بعد می اندیشم .
- ۹۱- من اغلب دچار تشنج بوده و عصبی هستم .
- ۹۲- بیشتر مردم مرا فردی کم و بیش سرد و غیراجتماعی می دانند .
- ۹۳- من دوست ندارم وقتم را با خیالبافی تلف کنم .
- ۹۴- فکر می کنم بیشتر مردمی که با آنها در تماس هستم افرادی درستکار و قابل اطمینان هستند.
- ۹۵- من غالباً بدون آمادگی کافی در موقعیتهای مختلف حاضر می شوم .
- ۹۶- بیشتر مردم مرا فردی زودرنج و بداخلاق نمی دانند .
- ۹۷- اگر برای مدت طولانی تنها باشم واقعاً احساس می کنم به افراد دیگر نیازمندم .
- ۹۸- نظم و ترتیب خاصی که در هنر و طبیعت می بینم برای من بسیار جالب و شوق انگیز است .
- ۹۹- کاملاً صادق و درستکار بودن برای تجارت و کاسبی خوب نیست .
- ۱۰۰- من دوست دارم هر چیز را در جای مخصوص آن نگه دارم تا جای آن را بخوبی بدانم .
- ۱۰۱- من گاهی دچار احساس پشیمانی و گناهکاری شدیدی شده ام .
- ۱۰۲- در جلسات جمعی ، می گذارم دیگران بیشتر حرفها را بزنند .
- ۱۰۳- به ندرت به احساسات آنی خود توجه می کنم .
- ۱۰۴- من غالباً سعی می کنم نسبت به افکار و احساسات دیگران آگاهی و احترام نشان دهم .
- ۱۰۵- من گاهی در بازی شطرنج یا ورزش تقلب می کنم .
- ۱۰۶- اگر مردم مرا دست اندازند و مسخره کنند ، من زیاد احساس ناراحتی و خجالت نمی کنم .
- ۱۰۷- من اغلب احساس می کنم که سرشار از نیرو و انرژی هستم .
- ۱۰۸- من اغلب غذاهای جدید و ناآشنا را امتحان می کنم .
- ۱۰۹- من اگر اشخاصی را دوست نداشته باشم ، این را از آنها مخفی نمی کنم .
- ۱۱۰- من برای دست یابی به اهداف خود سخت تلاش می کنم .
- ۱۱۱- وقتی به غذای مورد علاقه ام دسترسی پیدا کنم غالباً بیشتر از حد معمول می خورم .
- ۱۱۲- من معمولاً از تماشای فیلمهای منزجر کننده یا وحشتناک خودداری می کنم .
- ۱۱۳- بعضی مواقع که مردم در مورد مسائل خیلی انتزاعی و نظری صحبت می کنند ، من علاقه ام را از دست می دهم .
- ۱۱۴- من سعی می کنم فرد افتاده و فروتنی باشم .
- ۱۱۵- من به زحمت می توانم خود را وادار به کاری کنم که باید انجام دهم .
- ۱۱۶- من در مواقع اضطراری می توانم خونسردی خود را حفظ کنم .
- ۱۱۷- من گاهی بیش از اندازه احساس خوشبختی می کنم .
- ۱۱۸- من معتقدم که عقاید متفاوت افراد جوامع دیگر در مورد حق و ناحق از نظر خود آنها معتبر است .
- ۱۱۹- من در مورد آدمهایی که در خیابانها گدایی می کنند ، هیچگونه احساس همدردی نمی کنم.
- ۱۲۰- من همیشه قبل از اینکه دست به عملی بزنم ، پیامدهای آن را مورد توجه قرار می دهم .
- ۱۲۱- من به ندرت درباره آینده احساس ترس و نگرانی می کنم .
- ۱۲۲- من واقعاً از صحبت کردن با دیگران لذت می برم .

- ۱۲۳- من از تمرکز حواس روی یک موضوع خیالی یا "رویا در بیداری" و بررسی امکانات مختلف ناشی از آن لذت می برم و به آن اجازه می دهم رشد کرده و شاخ و برگ پیدا کند .
- ۱۲۴- هر وقت کسی در مورد من کار خوبی انجام دهد ، من احساس بدگمانی و سوءظن پیدا می کنم .
- ۱۲۵- من بخاطر درستی قضاوتم به خود می بالم .
- ۱۲۶- من اغلب نسبت به افرادی که با آنها سروکار دارم احساس تنفر و بیزاری می کنم .
- ۱۲۷- من کارهایی را ترجیح می دهم که بتوانم به تنهایی و بدون تحمل مزاحمت دیگران انجام دهم .
- ۱۲۸- شعر تاثیر چندانی روی من ندارد .
- ۱۲۹- از اینکه به عنوان آدم ریاکاری شناخته شوم ، متنفرم .
- ۱۳۰- به نظر نمی رسد هرگز بتوانم کارهای خود را نظم و ترتیب دهم .
- ۱۳۱- هرگاه اشتباهی رخ دهد (یا عیب و ایرادی پیش بیاید) من خود را سرزنش می کنم .
- ۱۳۲- افراد دیگر اغلب در تصمیم گیری خود از من کسب تکلیف (یا به عنوان مدل) استفاده می کنند .
- ۱۳۳- هیجانات و احساسات گوناگونی به من دست می دهد .
- ۱۳۴- من به سخاوت و دست و دل بازی مشهور نیستم .
- ۱۳۵- همیشه وقتی قول انجام کاری را بدهم ، مردم می توانند به انجام آن کار اطمینان کنند .
- ۱۳۶- من اغلب نسبت به دیگران احساس حقارت می کنم .
- ۱۳۷- من به اندازه دیگران چابک و سرزنده نیستم .
- ۱۳۸- ترجیح می دهم وقتم را در محیطهای مانوس و آشنا بگذرانم .
- ۱۳۹- وقتی کسی به من توهین کند ، من فقط سعی می کنم او را ببخشم و فراموش کنم .
- ۱۴۰- من احساس نمی کنم که مجبورم با دیگران رقابت نموده و از آنها بهتر عمل کنم .
- ۱۴۱- من به ندرت در مقابل خواسته های آنی خود تسلیم می شوم .
- ۱۴۲- من ترجیح می دهم در جاهایی باشم که کانون فعالیت و عمل است .
- ۱۴۳- من از سر و کله زدن با مسائل یا معماهایی که ذهن آدم را به کوشش و چالش وادار می کند لذت می برم .
- ۱۴۴- من در مورد خودم نظر بسیار مثبتی دارم .
- ۱۴۵- من وقتی کاری را شروع می کنم ، معمولاً همیشه آنرا به اتمام می رسانم .
- ۱۴۶- تصمیم گرفتن و اتخاذ یک روش قطعی غالباً برای من مشکل است .
- ۱۴۷- من خود را آدم خیلی شنگول و سر زنده ای نمی دانم .
- ۱۴۸- من معتقدم که وفاداری به ایده آلهای و اصول مورد قبول خود بیش از "آزادمنشی" و "خالی از تعصب بودن" اهمیت دارد .
- ۱۴۹- نیازهای انسانی افراد همیشه باید بر ملاحظات اقتصادی دولت اولویت داده شوند .
- ۱۵۰- من غالباً کارها را بدون تأمل قبلی و به خاطر یک انگیزه آنی انجام می دهم .
- ۱۵۱- من اغلب نگران این هستم که مبدا کارها طبق نقشه و به درستی پیش نروند .
- ۱۵۲- لبخند زدن به افراد غریبه و ایجاد ارتباط با آنها برای من آسان است .
- ۱۵۳- من هر وقت احساس کنم ذهنم در جهت خیال پردازی می رود ، معمولاً خود را به کاری مشغول می کنم و به جای خیال پردازی حواس خود را روی آن کار متمرکز می سازم .
- ۱۵۴- واکنش اولیه من به مردم آن است که به آنها اعتماد کنم .

- ۱۵۵- من ظاهراً در هیچ کاری موفق نمی شوم .
- ۱۵۶- من خیلی به ندرت واقعاً عصبانی می شوم .
- ۱۵۷- ترجیح می دهم تعطیلات خود را در یک ساحل عمومی شلوغ بگذرانم تا در یک کلبه جنگلی دورافتاده .
- ۱۵۸- انواع خاصی از موسیقی بیش از اندازه برای من شورانگیز هستند .
- ۱۵۹- بعضی وقتها من مردم را با چرب زبانی و تقلب به انجام کارهای موردنظر خود وادار می کنم.
- ۱۶۰- من معمولاً فردی کم و بیش سختگیر و پر توقع هستم .
- ۱۶۱- من نسبت به خودم نظری منفی دارم .
- ۱۶۲- من ترجیح می دهم دنبال کارهای خودم را بگیرم ، تا اینکه رهبر دیگران باشم .
- ۱۶۳- من به ندرت متوجه خلق و عواطفی که محیطهای مختلف به وجود می آورند می شوم .
- ۱۶۴- بیشتر مردمی که می شناسم مرا دوست دارند .
- ۱۶۵- من دقیقاً از اصول اخلاقی پیروی می کنم .
- ۱۶۶- من در حضور روسای خود و دیگر افراد مهم و صاحب قدرت احساس آرامش و راحتی می کنم .
- ۱۶۷- من معمولاً در حال عجله به نظر می رسم .
- ۱۶۸- بعضی مواقع ، تنها برای اینکه کار تازه ای انجام داده باشم ، محل اثاثیه خانه را تغییر می دهم .
- ۱۶۹- اگر کسی با من شروع به دعوا و مرافعه کند ، من هم آماده ام جواب او را با دعوا بدهم .
- ۱۷۰- من تلاش می کنم تمام چیزهایی را که می توانم ، بدست بیاورم (کسب کنم) .
- ۱۷۱- من گاهی آنقدر غذا می خورم که بالا می آورم .
- ۱۷۲- من عاشق ترس و هیجانی هستم که معمولاً سوار شدن به چرخ فلک یا کارهای خطرناک دیگر ایجاد می کند.
- ۱۷۳- من علاقه ای به تامل و تفکر جدی درباره سرنوشت جهان یا انسان ندارم .
- ۱۷۴- من احساس می کنم که مزیتی بر افراد دیگر ندارم (صرفنظر از موقعیت و وضع افراد).
- ۱۷۵- وقتی که اجرای یک طرح یا نقشه با مشکل روبرو می شود من تمایل پیدا می کنم ، طرح دیگری را شروع کنم.
- ۱۷۶- من در یک موقعیت بحرانی بخوبی می توانم خود را کنترل و اداره کنم .
- ۱۷۷- من آدم خوش مشرب ، شاد و باروحیه ای هستم .
- ۱۷۸- من خود را آدمی با سعه صدر می دانم که می تواند راه و رسم زندگی و طرز فکر دیگران را بخوبی قبول و تحمل نماید .
- ۱۷۹- من معتقدم که همه انسانها با ارزش و قابل احترامند .
- ۱۸۰- من به ندرت تصمیمی عجولانه می گیرم .
- ۱۸۱- در مقایسه با بیشتر مردم من از چیزهای کمتری می ترسم .
- ۱۸۲- من به دوستان خود وابستگی عاطفی زیادی دارم .
- ۱۸۳- بچه که بودم هرگز از بازیهایی که مستلزم تقلید نقش دیگران باشد ، لذت نمی بردم.
- ۱۸۴- من معمولاً در مورد افراد دیگر خوشبین و خوش باور هستم .
- ۱۸۵- من فرد بسیار شایسته و کارآیی هستم .
- ۱۸۶- بعضی وقتها من نسبت به دیگران احساس خصومت و آزردهی کرده ام .
- ۱۸۷- معاشرت و گردهمایی های اجتماعی معمولاً برای من ناخوشایند و کسل کننده هستند .

- ۱۸۸- بعضی مواقع که شعری را می خوانم یا به یک اثر هنری نگاه می کنم ، موجی از احساس افسردگی یا هیجان مرا در بر می گیرد .
- ۱۸۹- من بعضی وقتها با اعمال زور یا تملق و خوش آمد گویی مردم را به انجام کارهای مورد نظر خود وادار می کنم .
- ۱۹۰- من در مورد تمیز کردن چیزها وسواس ندارم .
- ۱۹۱- بعضی وقتها زندگی به نظرم تیره و نومید کننده می آید .
- ۱۹۲- در مواقع صحبت با دیگران ، من غالباً بیشتر از دیگران حرف می زنم .
- ۱۹۳- هم حس شدن با دیگران ، یعنی داشتن همان احساسی که دیگران دارند ، برای من آسان است .
- ۱۹۴- من خود را آدم خیر و نیکوکاری می دانم .
- ۱۹۵- من سعی می کنم کارهای خود را با دقت انجام دهم تا انجام مجدد آنها لزوم پیدا نکند .
- ۱۹۶- اگر در مورد کسی حرف بدی زده یا کار غلطی انجام داده باشم ، به سختی می توانم بار دیگر به روی نگاه کنم .
- ۱۹۷- همه زندگی و کارهای من با سرعت انجام می گیرد .
- ۱۹۸- در موقع استفاده از تعطیلات ، من ترجیح می دهم به جاهایی بروم که قبلاً آنها را امتحان کرده و به درستی شناخته ام .
- ۱۹۹- من آدم کله شق و سرسختی هستم .
- ۲۰۰- من سعی می کنم همه کارهای خود را به بهترین شکل انجام دهم .
- ۲۰۱- من بعضی مواقع کارهایی را بدون تامل انجام می دهم که بعداً پشیمان می شوم .
- ۲۰۲- من از رنگهای روشن و لباسهای پر زرق و برق خوشم می آید .
- ۲۰۳- من کنجکاوی فکری بسیار زیادی دارم .
- ۲۰۴- من ترجیح می دهم از دیگران تمجید کنم تا اینکه خودم مورد تمجید قرار بگیرم .
- ۲۰۵- آنقدر خرده کاری برای انجام وجود دارد که من گاهی همه آنها را ندیده می گیرم .
- ۲۰۶- در شرایطی که به نظر می رسد همه چیز به طور غلط پیش می رود ، من باز هم می توانم تصمیمات خوبی اتخاذ کنم .
- ۲۰۷- من به ندرت برای توصیف تجارب خود از کلماتی چون " فوق العاده " یا " جنجالی " استفاده می کنم .
- ۲۰۸- من فکر می کنم اگر کسی در سن ۲۵ سالگی هنوز نداند به چه چیزهایی اعتقاد دارد ، باید در سلامت عقل او شک کرد .
- ۲۰۹- من نسبت به افرادی که کمتر از من خوشبخت هستند احساس همدردی می کنم .
- ۲۱۰- من قبل از رفتن به یک مسافرت به دقت برنامه ریزی می کنم .
- ۲۱۱- بعضی مواقع افکار ترسناکی به ذهن من می آید .
- ۲۱۲- من نسبت به همه همکاران خود نوعی علاقه و مسئولیت شخصی احساس می کنم .
- ۲۱۳- من نمی توانم بگذارم افکارم در هر جهتی که می خواهند سیر کنند .
- ۲۱۴- من به طبیعت و ذات انسان بسیار اعتماد دارم .
- ۲۱۵- من در کار خود فردی موثر و کارآمد هستم .
- ۲۱۶- حتی آزردهای و ناراحتیهای خیلی کوچک می توانند در من احساس ناکامی و محرومیت ایجاد کنند .

- ۲۱۷- من از مهمانیهای بزرگ و پرجمعیت لذت می برم .
- ۲۱۸- من از خواندن اشعاری که روی احساسات و تخیلات تاکید می کنند بیشتر لذت می برم تا اشعاری که داستان خاصی را بیان می کنند .
- ۲۱۹- من از زیرکی خود در کنترل و اداره مردم به خود می بالم .
- ۲۲۰- من وقت زیادی را برای پیدا کردن چیزهایی که در جای عوضی گذاشته ام ، صرف می کنم .
- ۲۲۱- بیشتر وقتها که کارها طبق نقشه پیش نمی رود یا اشتباه از آب در می آیند احساس دلسردی می کنم و می خواهم آنها را ناتمام رها کنم .
- ۲۲۲- قبول مسئولیت اداره یا رهبری یک موقعیت برای من آسان نیست .
- ۲۲۳- اشیاء غیرعادی از قبیل بعضی عطرها یا اسامی مکانهای دور می توانند احساسات و عواطف شدیدی را در من ایجاد نمایند .
- ۲۲۴- من اگر بتوانم به دیگران کمک کنم ، به آسانی و بدون درخواست آنها این کار را می کنم .
- ۲۲۵- من واقعاً باید مریض باشم تا یک روز سر کار نروم .
- ۲۲۶- وقتی افراد آشنای من کاری احمقانه انجام می دهند بجای آنها احساس خجالت می کنم .
- ۲۲۷- من شخص بسیار فعالی هستم .
- ۲۲۸- من وقتی به جایی می روم ، از همان مسیر همیشگی استفاده می کنم .
- ۲۲۹- من اغلب با اعضای خانواده و همکارانم بگو مگو دارم .
- ۲۳۰- من از جمله افراد معتاد کار هستم که نمی توانند هرگز بیکار بنشینند .
- ۲۳۱- من همیشه می توانم احساساتم را کنترل کنم .
- ۲۳۲- در حوادث ورزشی من دوست دارم جزیی از جمعیت باشم و مثل بقیه رفتار کنم .
- ۲۳۳- من علایق فکری وسیع و متنوع دارم .
- ۲۳۴- من آدم مهم و برتری هستم .
- ۲۳۵- من آدم بسیار باانضباطی هستم و می توانم خود را خوب کنترل کنم .
- ۲۳۶- من از لحاظ عاطفی فرد کاملاً باثبات و متعادلی هستم .
- ۲۳۷- من زود خنده ام می گیرد .
- ۲۳۸- به عقیده من فلسفه جدید " آزادی فردی " ، فلسفه قابل قبولی نیست .
- ۲۳۹- من ترجیح می دهم دیگران مرا فردی دل رحم و خطابخش بشناسند تا صرفاً طرفدار اجرای عدالت .
- ۲۴۰- من قبل از پاسخ دادن به هر سؤال به دقت درباره آن فکر می کنم .

کلید پرسشنامه شخصیتی

(توجه: الف: کلاً مخالف - ب: مخالف - ج: نظری ندارم - د: موافق - ه: کلاً موافق)

جنس: مرد □ زن □ سن:

نام و نام خانوادگی:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|------------|-----|------------|-----|------------|-----|------------|-----|------------|-----|------------|----|------------|----|------------|----|------------|
| N1 | الفب ج د ه | ۲۱۱ | الفب ج د ه | ۱۸۱ | الفب ج د ه | ۱۵۱ | الفب ج د ه | ۱۲۱ | الفب ج د ه | ۹۱ | الفب ج د ه | ۶۱ | الفب ج د ه | ۳۱ | الفب ج د ه | ۱ | الفب ج د ه |
| E1 | الفب ج د ه | ۲۱۲ | الفب ج د ه | ۱۸۲ | الفب ج د ه | ۱۵۲ | الفب ج د ه | ۱۲۲ | الفب ج د ه | ۹۲ | الفب ج د ه | ۶۲ | الفب ج د ه | ۳۲ | الفب ج د ه | ۲ | الفب ج د ه |
| O1 | الفب ج د ه | ۲۱۳ | الفب ج د ه | ۱۸۳ | الفب ج د ه | ۱۵۳ | الفب ج د ه | ۱۲۳ | الفب ج د ه | ۹۳ | الفب ج د ه | ۶۳ | الفب ج د ه | ۳۳ | الفب ج د ه | ۳ | الفب ج د ه |
| A1 | الفب ج د ه | ۲۱۴ | الفب ج د ه | ۱۸۴ | الفب ج د ه | ۱۵۴ | الفب ج د ه | ۱۲۴ | الفب ج د ه | ۹۴ | الفب ج د ه | ۶۴ | الفب ج د ه | ۳۴ | الفب ج د ه | ۴ | الفب ج د ه |
| C1 | الفب ج د ه | ۲۱۵ | الفب ج د ه | ۱۸۵ | الفب ج د ه | ۱۵۵ | الفب ج د ه | ۱۲۵ | الفب ج د ه | ۹۵ | الفب ج د ه | ۶۵ | الفب ج د ه | ۳۵ | الفب ج د ه | ۵ | الفب ج د ه |
| N2 | الفب ج د ه | ۲۱۶ | الفب ج د ه | ۱۸۶ | الفب ج د ه | ۱۵۶ | الفب ج د ه | ۱۲۶ | الفب ج د ه | ۹۶ | الفب ج د ه | ۶۶ | الفب ج د ه | ۳۶ | الفب ج د ه | ۶ | الفب ج د ه |
| E2 | الفب ج د ه | ۲۱۷ | الفب ج د ه | ۱۸۷ | الفب ج د ه | ۱۵۷ | الفب ج د ه | ۱۲۷ | الفب ج د ه | ۹۷ | الفب ج د ه | ۶۷ | الفب ج د ه | ۳۷ | الفب ج د ه | ۷ | الفب ج د ه |
| O2 | الفب ج د ه | ۲۱۸ | الفب ج د ه | ۱۸۸ | الفب ج د ه | ۱۵۸ | الفب ج د ه | ۱۲۸ | الفب ج د ه | ۹۸ | الفب ج د ه | ۶۸ | الفب ج د ه | ۳۸ | الفب ج د ه | ۸ | الفب ج د ه |
| A2 | الفب ج د ه | ۲۱۹ | الفب ج د ه | ۱۸۹ | الفب ج د ه | ۱۵۹ | الفب ج د ه | ۱۲۹ | الفب ج د ه | ۹۹ | الفب ج د ه | ۶۹ | الفب ج د ه | ۳۹ | الفب ج د ه | ۹ | الفب ج د ه |
| C2 | الفب ج د ه | ۲۲۰ | الفب ج د ه | ۱۹۰ | الفب ج د ه | ۱۶۰ | الفب ج د ه | ۱۳۰ | الفب ج د ه | ۱۰۰ | الفب ج د ه | ۷۰ | الفب ج د ه | ۴۰ | الفب ج د ه | ۱۰ | الفب ج د ه |
| N3 | الفب ج د ه | ۲۲۱ | الفب ج د ه | ۱۹۱ | الفب ج د ه | ۱۶۱ | الفب ج د ه | ۱۳۱ | الفب ج د ه | ۱۰۱ | الفب ج د ه | ۷۱ | الفب ج د ه | ۴۱ | الفب ج د ه | ۱۱ | الفب ج د ه |
| E3 | الفب ج د ه | ۲۲۲ | الفب ج د ه | ۱۹۲ | الفب ج د ه | ۱۶۲ | الفب ج د ه | ۱۳۲ | الفب ج د ه | ۱۰۲ | الفب ج د ه | ۷۲ | الفب ج د ه | ۴۲ | الفب ج د ه | ۱۲ | الفب ج د ه |
| O3 | الفب ج د ه | ۲۲۳ | الفب ج د ه | ۱۹۳ | الفب ج د ه | ۱۶۳ | الفب ج د ه | ۱۳۳ | الفب ج د ه | ۱۰۳ | الفب ج د ه | ۷۳ | الفب ج د ه | ۴۳ | الفب ج د ه | ۱۳ | الفب ج د ه |
| A3 | الفب ج د ه | ۲۲۴ | الفب ج د ه | ۱۹۴ | الفب ج د ه | ۱۶۴ | الفب ج د ه | ۱۳۴ | الفب ج د ه | ۱۰۴ | الفب ج د ه | ۷۴ | الفب ج د ه | ۴۴ | الفب ج د ه | ۱۴ | الفب ج د ه |
| C3 | الفب ج د ه | ۲۲۵ | الفب ج د ه | ۱۹۵ | الفب ج د ه | ۱۶۵ | الفب ج د ه | ۱۳۵ | الفب ج د ه | ۱۰۵ | الفب ج د ه | ۷۵ | الفب ج د ه | ۴۵ | الفب ج د ه | ۱۵ | الفب ج د ه |
| N4 | الفب ج د ه | ۲۲۶ | الفب ج د ه | ۱۹۶ | الفب ج د ه | ۱۶۶ | الفب ج د ه | ۱۳۶ | الفب ج د ه | ۱۰۶ | الفب ج د ه | ۷۶ | الفب ج د ه | ۴۶ | الفب ج د ه | ۱۶ | الفب ج د ه |
| E4 | الفب ج د ه | ۲۲۷ | الفب ج د ه | ۱۹۷ | الفب ج د ه | ۱۶۷ | الفب ج د ه | ۱۳۷ | الفب ج د ه | ۱۰۷ | الفب ج د ه | ۷۷ | الفب ج د ه | ۴۷ | الفب ج د ه | ۱۷ | الفب ج د ه |
| O4 | الفب ج د ه | ۲۲۸ | الفب ج د ه | ۱۹۸ | الفب ج د ه | ۱۶۸ | الفب ج د ه | ۱۳۸ | الفب ج د ه | ۱۰۸ | الفب ج د ه | ۷۸ | الفب ج د ه | ۴۸ | الفب ج د ه | ۱۸ | الفب ج د ه |
| A4 | الفب ج د ه | ۲۲۹ | الفب ج د ه | ۱۹۹ | الفب ج د ه | ۱۶۹ | الفب ج د ه | ۱۳۹ | الفب ج د ه | ۱۰۹ | الفب ج د ه | ۷۹ | الفب ج د ه | ۴۹ | الفب ج د ه | ۱۹ | الفب ج د ه |
| C4 | الفب ج د ه | ۲۳۰ | الفب ج د ه | ۲۰۰ | الفب ج د ه | ۱۷۰ | الفب ج د ه | ۱۴۰ | الفب ج د ه | ۱۱۰ | الفب ج د ه | ۸۰ | الفب ج د ه | ۵۰ | الفب ج د ه | ۲۰ | الفب ج د ه |
| N5 | الفب ج د ه | ۲۳۱ | الفب ج د ه | ۲۰۱ | الفب ج د ه | ۱۷۱ | الفب ج د ه | ۱۴۱ | الفب ج د ه | ۱۱۱ | الفب ج د ه | ۸۱ | الفب ج د ه | ۵۱ | الفب ج د ه | ۲۱ | الفب ج د ه |
| E5 | الفب ج د ه | ۲۳۲ | الفب ج د ه | ۲۰۲ | الفب ج د ه | ۱۷۲ | الفب ج د ه | ۱۴۲ | الفب ج د ه | ۱۱۲ | الفب ج د ه | ۸۲ | الفب ج د ه | ۵۲ | الفب ج د ه | ۲۲ | الفب ج د ه |
| O5 | الفب ج د ه | ۲۳۳ | الفب ج د ه | ۲۰۳ | الفب ج د ه | ۱۷۳ | الفب ج د ه | ۱۴۳ | الفب ج د ه | ۱۱۳ | الفب ج د ه | ۸۳ | الفب ج د ه | ۵۳ | الفب ج د ه | ۲۳ | الفب ج د ه |
| A5 | الفب ج د ه | ۲۳۴ | الفب ج د ه | ۲۰۴ | الفب ج د ه | ۱۷۴ | الفب ج د ه | ۱۴۴ | الفب ج د ه | ۱۱۴ | الفب ج د ه | ۸۴ | الفب ج د ه | ۵۴ | الفب ج د ه | ۲۴ | الفب ج د ه |
| C5 | الفب ج د ه | ۲۳۵ | الفب ج د ه | ۲۰۵ | الفب ج د ه | ۱۷۵ | الفب ج د ه | ۱۴۵ | الفب ج د ه | ۱۱۵ | الفب ج د ه | ۸۵ | الفب ج د ه | ۵۵ | الفب ج د ه | ۲۵ | الفب ج د ه |
| N6 | الفب ج د ه | ۲۳۶ | الفب ج د ه | ۲۰۶ | الفب ج د ه | ۱۷۶ | الفب ج د ه | ۱۴۶ | الفب ج د ه | ۱۱۶ | الفب ج د ه | ۸۶ | الفب ج د ه | ۵۶ | الفب ج د ه | ۲۶ | الفب ج د ه |
| E6 | الفب ج د ه | ۲۳۷ | الفب ج د ه | ۲۰۷ | الفب ج د ه | ۱۷۷ | الفب ج د ه | ۱۴۷ | الفب ج د ه | ۱۱۷ | الفب ج د ه | ۸۷ | الفب ج د ه | ۵۷ | الفب ج د ه | ۲۷ | الفب ج د ه |
| O6 | الفب ج د ه | ۲۳۸ | الفب ج د ه | ۲۰۸ | الفب ج د ه | ۱۷۸ | الفب ج د ه | ۱۴۸ | الفب ج د ه | ۱۱۸ | الفب ج د ه | ۸۸ | الفب ج د ه | ۵۸ | الفب ج د ه | ۲۸ | الفب ج د ه |
| A6 | الفب ج د ه | ۲۳۹ | الفب ج د ه | ۲۰۹ | الفب ج د ه | ۱۷۹ | الفب ج د ه | ۱۴۹ | الفب ج د ه | ۱۱۹ | الفب ج د ه | ۸۹ | الفب ج د ه | ۵۹ | الفب ج د ه | ۲۹ | الفب ج د ه |
| C6 | الفب ج د ه | ۲۴۰ | الفب ج د ه | ۲۱۰ | الفب ج د ه | ۱۸۰ | الفب ج د ه | ۱۵۰ | الفب ج د ه | ۱۲۰ | الفب ج د ه | ۹۰ | الفب ج د ه | ۶۰ | الفب ج د ه | ۳۰ | الفب ج د ه |

| N | E | O | A | C |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

الف: من سعی کرده ام تمام این سوالات را صادقانه و بیقت پاسخ دهم .
 ب: آری به تمام سوالات صادقانه پاسخ داده ام؟
 ج: آری پاسخ های خود را در جای مناسب علامت زده ام؟
 د: خیر
 ه: بله
 الف: بله
 ب: خیر
 ج: بله
 د: خیر
 ه: بله

The Survey of the Relationship Between Personality Trait and Psychic Profiles in Patients with Obsessive Compulsive Disorder in Ardabil

Abstract

Objective: The aim of this study was to investigate the correlation between personality trait and psychic profiles in patients with Obsessive Compulsive Disorder (OCD).

Method: The sample of this study were comprised of 50 obsessive-compulsive patients selected through available sampling. Participants completed the Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI), the Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and symptom checklists SCL-90-R. The data were analyzed using Pearson Correlation.

Results: Result indicate that, there were positive and significant association between Neuroticism psychiatric symptoms in patients with OCD ($p < 0/05$). Also, there were positive and significant relationships between Neuroticism and Conscientiousness with washing, checking and doubting subscale of MOCI.

Conclusion: This study indicated that there is an association between obsessional psychopathology and Neuroticism and Conscientiousness. The examination of the interplay of personality and symptom expression in OCD may also help to refine psychological treatments for those who show only minimal benefit.

Key Words: Obsessive-Compulsive Disorder, Personality Trait, Psychic Profiles